



Stichting
Kwaliteitsimpuls
Langdurige
Zorg

Handreiking

Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid

Publicatiedatum 19-12-2023

Bekijk de meest actuele versie op

<https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/handreikingen/beslisvaardigheid-en-wilsbekwaamheid>

Richtlijnen

Langdurige Zorg

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Overzicht van aanbevelingen	4
1.1 Het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk	4
1.2 Wanneer wilsbekwaamheid formeel beoordelen?	5
1.3 Het ondersteunen van de beslisvaardigheid	6
1.4 Het beoordelen en vastleggen van de wilsbekwaamheid	7
2. Algemene inleiding	8
2.1 Aanleiding en doel	8
2.2 Doelpopulatie	9
2.3 Doelgroep	10
2.4 Wat voegt deze handreiking toe?	10
2.5 Begrippen en afkortingen	11
3. Het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk	14
3.1 Wilsbekwaamheid en beslisvaardigheid	14
3.1.1 Uitgangsvraag	14
3.1.2 Aanbevelingen	14
3.1.3 Onderbouwing	15
3.1.4 Overwegingen	21
4. Wanneer wilsbekwaamheid formeel beoordelen?	23
4.1 Formele beoordeling en beleid	23
4.1.1 Uitgangsvraag	23
4.1.2 Aanbevelingen	23
4.1.3 Onderbouwing	24
4.1.4 Overwegingen	28
5. Het ondersteunen van de beslisvaardigheid	35
5.1 Manieren van ondersteuning	35
5.1.1 Uitgangsvraag	35
5.1.2 Aanbevelingen	35
5.1.3 Onderbouwing	36
5.1.4 Overwegingen	39
6. Het beoordelen en vastleggen van de wilsbekwaamheid	44
6.1 Uitvoer van formele wilsbekwaamheidsbeoordeling	44
6.1.1 Uitgangsvraag	44
6.1.2 Aanbevelingen	44
6.1.3 Onderbouwing	45
6.1.4 Overwegingen	51

7. Bijlagen	57
7.1 Bijlage I: Aandachtspunten ondersteunen beslisvaardigheid	57
7.2 Bijlage II: Stappen formele wilsbekwaamheidsbeoordeling	59
7.3 Bijlage III: Juridisch kader wilsbekwaamheid	69
7.3.1 Onbekwaamheid algemeen; uitleg en achtergrond van verschillende termen	69
7.3.2 Wils(on)bekwaamheid van meer belang	70
7.3.3 Wils(on)bekwaamheid in het VN-verdrag Handicap	72
7.3.4 Wils(on)bekwaamheid in de WGBO	76
7.3.5 Wils(on)bekwaamheid in de Wzd	77
7.3.6 Wils(on)bekwaamheid in de Wvvgz	80
7.3.7 Wils(on)bekwaamheid in de Wtl	82
7.3.8 Vertegenwoordigers	83
7.3.9 Wilsbekwaamheid en langdurige zorg in juridische hoofdlijnen	85
8. Verantwoording	89
8.1 Algemene achtergrondgegevens	89
8.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep	89
8.2.1 Werkgroep	89
8.2.2 Klankbordgroep	90
8.2.3 Met ondersteuning van	90
8.3 Belangenverklaringen	91
8.4 Autoriserende partijen	91
8.5 Juridische betekenis	91
8.6 Publicatiedatum en herziening	92
8.7 Financiële gevolgen	92
8.8 Procesinformatie ontwikkeling handreiking	92
8.8.1 Inbreng cliëntenperspectief	92
8.8.2 Klankbordgroep	93
8.8.3 Gebruik van andere richtlijnen	93
8.8.4 Van knelpunten naar aanbevelingen	93
8.8.5 Van conceptrichtlijn tot publicatie	97
9. Referentielijst	100

1. Overzicht van aanbevelingen

Autorisatiedatum 19-12-2023 Beoordelingsdatum 19-12-2023

1.1 Het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk

Hoe kan het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk gehanteerd worden?

Maak onderscheid tussen wilsbekwaamheid en beslisvaardigheid.

- *Beslisvaardigheid* betreft de mate waarin iemand in staat is – met of zonder ondersteuning in het besluitvormingsproces – zelfstandig te beslissen en de gevolgen van de beslissing te overzien.
- *Wils(on)bekwaamheid* betreft een normatief *oordeel* over de kwaliteit van iemands beslisvaardigheid ter zake van een specifieke kwestie. Dit oordeel kan twee kanten opvallen: wilsbekwaam (voldoende beslisvaardig om te kunnen beslissen over de kwestie ter zake) of onbekwaam (onvoldoende beslisvaardig ter zake de voorliggende kwestie).

Zorgverleners zullen in de praktijk in beginsel uitgaan van wilsbekwaamheid.

Zie wilsbekwaamheid als een taakspecifiek begrip. Dat wil zeggen: wils(on)bekwaamheid moet steeds gerelateerd worden aan de opgave of taak die voorligt (wilsbekwaamheid *ter zake*).

Zie wilsbekwaamheid als risicoafhankelijk begrip met een variabele drempel. Dit betekent dat naarmate de gevolgen van (het respecteren van) een beslissing ernstiger zijn, er hogere eisen worden gesteld aan de beslisvaardigheid.

Houd bij een beoordeling van wilsbekwaamheid rekening met de verschillende aspecten van

beslisvaardigheid. Naast cognitieve aspecten spelen bij beslisvaardigheid ook emoties, intentionaliteit (gerelateerd aan de uitvoering van de beslissing) en vrijwilligheid van denken en handelen mee.

1.2 Wanneer wilsbekwaamheid formeel beoordelen?

In welke situaties kan een formele beoordeling van wilsbekwaamheid ter zake nuttig zijn en in welke niet. En wat is het beleid bij schriftelijke wilsverklaringen en hoogstpersoonlijke beslissingen?

Wees terughoudend met het inzetten op een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling.

Voer een formele beoordeling van wilsbekwaamheid ter zake alleen uit als:

- de cliënt voornemens is een beslissing te nemen met ernstig gevolg **en**
- de beoordeling van wilsbekwaamheid resulteert in een nieuw handelingsperspectief **en**
- de voordelen van beoordeling opwegen tegen de nadelen ervan.

Gebruik [de beslisboom](#) als hulpmiddel om te bepalen of een formele beoordeling van wilsbekwaamheid voor de betreffende cliënt en de betreffende beslissing nuttig kan zijn of niet.

Geef ondersteunde besluitvorming voorrang op vervangende besluitvorming, ook in geval van wilsbekwaamheid ter zake van de voorliggende beslissing. Betrek de cliënt steeds naar vermogen bij relevante besluitvorming. Doe dit samen met de vertegenwoordiger.

Doe er alles aan om de wil en voorkeuren van de cliënt te achterhalen. Weeg daarbij zijn

actuele wensen en wilsuitingen zorgvuldig, naast een eventuele schriftelijke wilsverklaring.

Zorg ervoor dat hoogstpersoonlijke beslissingen niet door een vertegenwoordiger worden (over)genomen.

1.3 Het ondersteunen van de beslisvaardigheid

Op welke manier kan iemands beslisvaardigheid optimaal ondersteund worden?

- **Op welke manier kan mogelijk verminderde beslisvaardigheid herkend en onderzocht worden?**
- **Op welke manier kan de ondersteuning van iemands beslisvaardigheid vormgegeven worden?**

Heb altijd (ook wanneer er geen beslissing voorligt) oog voor beslisvaardigheid van de cliënt en eventuele beperkingen daarin. Zie ook de bijlage '[Aandachtspunten bij het herkennen van beslisvaardigheidsbeperkingen en het ondersteunen van beslisvaardigheid](#)'.

Wees bij een beslissing met mogelijk ernstig gevolg alert op signalen voor mogelijke beperkingen in de beslisvaardigheid. Onderzoek deze signalen en wees er daarbij van bewust dat ze ook op iets anders kunnen wijzen dan verminderde beslisvaardigheid.

Als verkenning van de signalen het vermoeden van verminderde beslisvaardigheid niet wegneemt, ondersteun dan de beslisvaardigheid van de cliënt optimaal. Volg daarbij de volgende stappen:

- breng de situatie van de cliënt in beeld,
- optimaliseer aan de hand daarvan de beslisvaardigheid en
- zorg voor de juiste randvoorwaarden.

Zie voor een uitwerking van de stappen punt 5 van bijlage '[Aandachtspunten bij het herkennen van beslisvaardigheidsbeperkingen en het ondersteunen van beslisvaardigheid](#)'.

1.4 Het beoordelen en vastleggen van de wilsbekwaamheid

Op welke manier kan een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling ter zake het beste uitgevoerd worden en wat is hiervoor nodig?

Structureer het beoordelingsproces met behulp van de volgende stappen:

1. Bepaal of een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling werkelijk nodig is (zie module '[wanneer wilsbekwaamheid beoordelen](#)').
2. Bepaal wie de beoordeling uitvoert.
3. Informeer cliënt en naaste(n) over de beoordeling en de noodzaak ervan.
4. Formuleer het doel van de beoordeling en bepaal de eisen voor wilsbekwaamheid.
5. Vorm een globaal beeld van de cliënt.
6. Zorg voor optimale (gespreks)omstandigheden.
7. Beoordeel de wilsbekwaamheid aan de hand van 10 criteria:
 - 1) informatie begrijpen,
 - 2) inzicht in eigen situatie verwerven,
 - 3) handelingsmogelijkheden zoeken,
 - 4) handelingsmogelijkheden overwegen,
 - 5) consequenties van voorkeursoptie(s) voor zichzelf inschatten,
 - 6) consequenties van voorkeursoptie(s) voor anderen inschatten,
 - 7) keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze motiveren,
 - 8) keuze vanuit doelen en waarden motiveren,
 - 9) vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit,
 - 10) vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf.
8. Vorm een indruk en kom tot een eindoordeel.
9. Licht het eindoordeel en de praktische betekenis ervan toe en bespreek de vervolgstappen.
10. Leg het eindoordeel en de onderbouwing daarvan schriftelijk vast: heb aandacht voor de wijze waarop de informatie over wilsbekwaamheid wordt vastgelegd in het dossier (dat de onderbouwing en achtergrond eenvoudig zijn terug te vinden).

Gebruik eventueel het [Format beoordeling wilsbekwaamheid](#).

2. Algemene inleiding

Autorisatiedatum 19-12-2023 Beoordelingsdatum 19-12-2023

2.1 Aanleiding en doel

Mensen hebben het recht om zelf te bepalen hoe zij hun leven inrichten en de beslissingen te nemen die daarbij horen. Dat lukt de een beter dan de ander. Vaak zoeken mensen hierbij in meer of mindere mate hulp en ondersteuning van anderen, zeker als er veel op het spel staat. Daarnaast komt het voor dat mensen incidenteel of structureel beperkt zijn in de vaardigheden die nodig zijn om zelfstandig te kunnen beslissen en de gevolgen daarvan te overzien. Voor hen is ondersteuning bij het nemen van beslissingen onmisbaar en soms zelfs van levensbelang. Daarover gaat deze handreiking 'Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid: ondersteunen en beoordelen'. Het doel van deze handreiking is handvatten te bieden voor een zo optimaal mogelijke ondersteuning van cliënten bij het nemen van beslissingen. De handreiking gaat in op het signaleren van ondersteuningsbehoefte(n) bij het nemen van beslissingen, het daadwerkelijk bieden van beslissingsondersteuning, maar ook op het beoordelen van wilsbekwaamheid.

De huidige demografische ontwikkelingen en de transities in de (langdurige) zorg, vormen een belangrijke achtergrond bij deze handreiking. Door de toenemende vergrijzing en het langer en vaker thuis (blijven) wonen van cliënten neemt ook de complexiteit van zorgvragen, en daarmee gerelateerde beslissingen, toe ^{1 2}. Daarom is het belangrijk dat zorgverleners (en anderen die cliënten willen ondersteunen in hun beslisvaardigheid) weten hoe ze cliënten hierbij kunnen ondersteunen. De handreiking is echter niet alleen toepasbaar op beslisvaardigheid voor zorggerelateerde beslissingen, maar kan ook gebruikt worden voor de ondersteuning van beslisvaardigheid bij beslissingen op andere levensdomeinen.

De belangrijkste aanleiding voor deze nieuwe handreiking komt echter voort uit nieuwe ontwikkelingen op het gebied van ethiek en mensenrechten. Op het gebied van ethiek gaat het dan in het bijzonder om een meer relationele invulling van het begrip autonomie. Dit is in de plaats gekomen van het individualistische autonomiebegrip uit de jaren zeventig van de vorige eeuw. Relationele autonomie past goed in de huidige zorg(ethiek) en benadrukt de onderlinge verbondenheid van mensen, ook waar het gaat om het nemen van beslissingen. Op het gebied van mensenrechten moet het in 2016 door Nederland geratificeerde VN-verdrag over de rechten van personen met een handicap genoemd worden (hierna 'VN-verdrag Handicap' genoemd) ³. Dit verdrag heeft als doel om drempels voor mensen met een beperking zoveel mogelijk weg te nemen, zodat zij volledig kunnen deelnemen aan de samenleving. Het VN-verdrag Handicap omvat onder meer een pleidooi voor een brede invoering van ondersteunde besluitvorming, in plaats van vervangende besluitvorming. Ook staat dit verdrag kritisch tegenover de huidige praktijk van wilsbekwaamheidsbeoordelingen. Deze beide ontwikkelingen maken een nieuwe benadering van wilsbekwaamheid urgent. Om daaraan recht te doen, neemt de handreiking in het kader van ondersteunde besluitvorming 'het ondersteunen

van beslisvaardigheid' als uitgangspunt. Daarmee kiest deze handreiking een breder perspectief dan andere handreikingen, stappenplannen en dergelijke over wilsbekwaamheid, die zich veelal beperken tot het formeel toetsen van iemands wilsbekwaamheid.

De grote reikwijdte van deze handreiking brengt met zich mee dat het ondersteunen van beslisvaardigheid en indien nodig het beoordelen van wilsbekwaamheid, vooral in algemene zin behandeld wordt. Er wordt – enkele uitzonderingen daargelaten - niet ingegaan op specifieke praktische vraagstukken en beslissingen die spelen in de zorgverlening aan deze groepen. Het komt voor dat deskundigen die tot de doelgroep van deze handreiking behoren, worden gevraagd om een bij de rechtbank ingediend of in te dienen verzoek om instelling van curatele, bewind of mentorschap nader te onderbouwen. Ook op dergelijke verklaringen heeft deze handreiking geen betrekking.

2.2 Doelpopulatie

De doelpopulatie van deze handreiking bestaat uit mensen met beperkingen in de beslisvaardigheid die thuis wonen of in een zorginstelling verblijven. De handreiking richt zich op mensen vanaf 16 jaar. Wettelijk mogen mensen vanaf die leeftijd zelfstandig beslissen over zorg en behandeling. Voor beslissingen over andere levensdomeinen, waarop deze handreiking ook ingaat, geldt een minimum zelfstandige beslisleeftijd van 18 jaar.

Oudere mensen met een verworven hersenaandoening of -schade

Mensen kunnen in alle fasen van hun leven te maken krijgen met beperkingen in hun beslisvaardigheid. Soms zijn deze beperkingen tijdelijk, bijvoorbeeld tijdens een delier, een psychose of depressie. Soms zijn ze blijvend, bijvoorbeeld na een hersentrauma dat slechts gedeeltelijk is hersteld (niet aangeboren hersenletsel). We spreken in het laatste geval van een verworven beperking in de beslisvaardigheid. Die beperking kan stabiel zijn, maar ook geleidelijk in ernst toenemen. Dit kan zich voordoen bij verschillende neurodegeneratieve aandoeningen, zoals dementie, de ziekte van Huntington of de ziekte van Parkinson. Met het ouder worden neemt de kans op dergelijke hersenaandoeningen toe, maar deze kunnen ook op jongere leeftijd voorkomen. Hoewel zorgverleners in de ouderenzorg vooral met ouderen werken, is de handreiking ook van toepassing op jongere cliënten met een verworven beperking van de beslisvaardigheid.

Mensen met een verstandelijke beperking

De groep mensen met een verstandelijke beperking is zeer divers. Volgens de definitie van de DSM-5 komt een verstandelijke beperking gedurende de ontwikkelingsperiode tot uiting, met beperkingen in zowel het verstandelijk (vaak aangegeven met IQ) als het adaptief functioneren, in de conceptuele, sociale en praktische domeinen. De mate van het verstandelijk en adaptief functioneren, bepalen vervolgens mede welke ondersteuning een cliënt nodig heeft. Deze ondersteuning (vaak op het gebied van wonen, relaties, financiën, lichamelijke gezondheid, leren, vrije tijd en werk) kan variëren van complete overname tot de aanwezigheid van een ambulant begeleider voor een uur per week. Ondersteuning is doorgaans gericht op het bevorderen of stabiliseren van de kwaliteit van leven op de verschillende levensgebieden en is dus veelal levenslang en levensbreed. Bij deze groep gaat het wat betreft de beperkingen in de beslisvaardigheid meestal niet om een verworven beperking. Er zijn bij deze groep vaak beperkingen voor groei en ontwikkeling, waardoor de

beslisvaardigheidsbeperking in ernst kan afnemen. Toch moet bij mensen met een verstandelijke beperking ook rekening worden gehouden met een toename in ernst vanwege toenemende leeftijd en daarmee een toename van aan ouderdom gerelateerde aandoeningen.

Verschillen

De verschillen in oorzaken van beperkingen in beslisvaardigheid tussen mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een verworven hersenaandoening, resulteren in andere uitgangsposities. Allereerst doen vragen over wilsbekwaamheid zich bij mensen met een verstandelijke beperking vaak op andere wijze en ook op andere levensgebieden voor dan bij ouderen. Daarnaast kunnen zorgverleners en naasten bij ouderen met een verworven beperking in de beslisvaardigheid steun vinden in vroegere voorkeuren van de oudere. Bij iemand met een verstandelijke beperking kan dat niet en zijn zorgverleners en naasten soms geneigd om de beslissing van de persoon in kwestie over te nemen zonder dat dit nodig is. Tegelijkertijd is er onder naasten en begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking vaak meer ervaring en kennis over het beslissingsvermogen van de cliënt en de benodigde ondersteuning daarbij.

2.3 Doelgroep

Deze handreiking is geschreven voor zorgverleners in de zorg voor verstandelijk gehandicapten en in de ouderenzorg. Het kan hierbij gaan om zorg die thuis plaatsvindt of in een zorginstelling. Waar het de ouderenzorg betreft gaat het zowel om langdurige als tijdelijke zorg, inclusief de zorg voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld: NAH, jonge mensen met dementie). De handreiking richt zich op alle zorgverleners in de ouderenzorg of verstandelijkgehandicaptenzorg (zoals specialisten ouderengeneeskunde, artsen VG, verpleegkundig specialisten, physician assistants, gedragswetenschappers, verpleegkundigen, verzorgenden, sociaal werkers en begeleiders) die te maken hebben met wilsbekwaamheidsvragen. De handreiking kan ook bruikbaar zijn voor zorgverleners werkzaam in de curatieve zorg of in de GGZ.

2.4 Wat voegt deze handreiking toe?

Deze nieuwe handreiking vervangt de uit 2008 daterende handreiking 'Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag' van Verenso en is breder van opzet ⁴. Deze handreiking richt zich namelijk ook op mensen met een verstandelijke beperking. Ook het uitgangspunt verschilt. Waar de handreiking uit 2008 zich voornamelijk richt op het beoordelen van wilsbekwaamheid, staat in deze nieuwe handreiking het ondersteunen van beslisvaardigheid voorop.

Dit laatste is ook een belangrijk onderscheid met de handreiking '[Toetsing wilsbekwaamheid voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking](#)', die in opdracht van NVO, NIP en Stichting Philadelphia Zorg is ontwikkeld en in 2020 uitkwam ⁵. Hoewel op meerdere plaatsen in de voorliggende handreiking wordt verwezen naar deze NIP/NVO-handreiking zijn er verschillen in de stappenplannen voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Ook zijn er enkele toevoegingen gedaan op basis van aanvullende literatuur en

inzichten. De werkgroep geeft er daarom de voorkeur aan om, ook in gevallen waarin een expliciete wilsbekwaamheidsbeoordeling aangewezen is, de voorliggende handreiking te volgen. De NIP/NVO-handreiking kan wel geraadpleegd worden om meer uitgebreid kennis te nemen van doelgroep-specifieke casuïstiek.

De '[Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid \(voor de hulpverlener\)](#)' die in 2007 door het Trimbos Instituut werd gepubliceerd, beperkt zich eveneens tot het beoordelen van wilsbekwaamheid. Deze nieuwe handreiking neemt ook ten opzichte van de Trimbos-handreiking een breder perspectief in. Bovendien is deze handreiking gestoeld op uitgebreider en recenter literatuuronderzoek.

Specifiek voor huisartsen is er de [LHV-praktijkaart wilsonbekwaamheid](#) die aansluit bij de signalerende rol van de huisarts en ook alleen betrekking heeft op beoordeling van wilsbekwaamheid.

Enkele internationale handreikingen over wilsbekwaamheidsvragen, waar deze handreiking hier en daar naar verwijst, zijn de richtlijn uit het Verenigd Koninkrijk 'Decision-making and mental capacity' ([NICE, 2018](#)) en richtlijnen en handboeken van de Britse en Amerikaanse beroepsverenigingen van psychologen (resp. BPS and APA): [Supporting people who lack mental capacity: A guide to best interests decision making \(BPS, 2021\)](#) (en de voorloper hierop uit 2007), [Assessment of older adults with diminished capacity \(APA, 2008\)](#).

Er zijn ook handreikingen die gerelateerd zijn aan beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid, waaronder:

- [Proactieve zorgplanning in de langdurige zorg \(SKILZ, 2023\)](#)
- [Richtlijn proactieve zorgplanning \(IKNL, 2023\)](#)
- [Kernadvies Goede vertegenwoordiging \(Gezondheidsraad, 2019\)](#), er wordt op basis van dit advies onder leiding van Vilans momenteel een handreiking over goed vertegenwoordigerschap opgesteld en er loopt hieraan gerelateerd een project over supported decision making.
- [Dossier Wilsbekwaamheid \(KNMG, 2020\)](#)
- [KNMG-standpunt Beslissingen rond het levenseinde \(KNMG, 2021\)](#)

Deze kunnen eventueel in combinatie met deze nieuwe handreiking worden gebruikt.

2.5 Begrippen en afkortingen

Onderstaand zijn de begrippen met definities weergegeven zoals die in deze handreiking gehanteerd worden:

Beslisvaardigheid: De mate waarin iemand in staat is – met of zonder ondersteuning – zelfstandig te beslissen en de gevolgen van de beslissing te overzien.

Curator: Een door de rechtbank aangewezen persoon die bevoegd is om beslissingen te nemen voor de cliënt over financiële zaken en persoonlijke zaken (verzorging, verpleging, behandeling,

begeleiding).

DSM-5: Nederlandse vertaling uit 2014 van de vijfde editie van de “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Dit is 'een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten' (www.nvvp.net).

Executieve functies: De controlefuncties van de hersenen die nodig zijn voor het succesvol functioneren in het dagelijks leven en om goed om te gaan met alle uitdagingen en veranderingen die zich daarin voordoen.

Informed consent: 'informed consent' betekent letterlijk 'geïnformeerde toestemming'. Een cliënt geeft toestemming ('consent') voor een behandeling of medische ingreep. De zorgverlener informeert ('informed') de cliënt eerst over de behandeling of ingreep. Met die informatie kan de cliënt besluiten in te stemmen met of af te zien van de behandeling of ingreep.

Mentor: Een door de rechtbank aangewezen persoon die bevoegd is om beslissingen te nemen voor de cliënt over persoonlijke zaken (verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding).

Ondersteunde besluitvorming: Het ondersteunen van de cliënt zodat hij zoveel mogelijk zelf kan beslissen.

Ongepaste beïnvloeding: Beïnvloeding die tot gevolg heeft dat iemand ertoe wordt gebracht, anders dan uit eigen vrije wil, te handelen zonder adequate aandacht voor de gevolgen. De 'wil' van de kwetsbare persoon wordt als het ware, bewust of onbewust, verdrongen door de wil van de beïnvloeder. Vaak is daarbij sprake van een afhankelijkheidsrelatie tussen de kwetsbare persoon en de beïnvloeder.

Psychodiagnostiek: 'De oordeelsvorming over psychische disfuncties of gedragsmoeilijkheden en sterktes waarbij de benadering van het probleem op de wetenschappelijke psychologie gebaseerd is en waar het essentieel is de persoon (of het systeem) zodanig te begrijpen dat uit de structurering van diens probleem relevante aanwijzingen voor interventie voortvloeien. Deze oordeelsvorming is een procesmatig gebeuren dat plaatsvindt en evolueert in de interactie tussen cliënt en psycholoog'⁶.

SCEN-arts: SCEN staat voor Steun en Consultatie Euthanasie Nederland. Bij een euthanasieverzoek van een cliënt is de arts verplicht een andere arts, vaak een SCEN-arts, te vragen om te toetsen of aan de zorgvuldigheidseisen van de Euthanasiewet is voldaan. Ook kan hij de SCEN-arts om informatie en advies bij euthanasie vragen.

Undue influence: zie Ongepaste beïnvloeding.

Vervangende besluitvorming: Een vertegenwoordiger neemt de beslissing (vervangt de beslisser). De vertegenwoordiger zorgt dat de cliënt wel steeds betrokken is.

Wilsbekwaamheid: Een normatief oordeel over de kwaliteit van iemands beslisvaardigheid ter zake

van een specifieke kwestie. Dit oordeel kan twee kanten op vallen: wilsbekwaam of wilsonbekwaam.

Onderstaand zijn de afkortingen weergegeven zoals die in deze handreiking gehanteerd worden:

BIG: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

BPS: British Psychological Society

BW: Burgerlijk Wetboek

CRPD: Committee on the Rights of Persons with Disabilities (Comité voor de Rechten van Personen met een Handicap)

EVRM: Europees Verdrag inzake de Rechten van de Mens

IPA: International Psychogeriatric Association

LVB: Lichte Verstandelijke Beperking

MCA: Mental Capacity Act

MDO: Multidisciplinair Overleg

VN-verdrag Handicap: VN-verdrag over de rechten van personen met een handicap

WGBO: Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

Wkkgz: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Wlz: Wet langdurige zorg

Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning

Wtl: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Wvggz: Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

Wzd: Wet zorg en dwang

3. Het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk

Autorisatiedatum 19-12-2023 Beoordelingsdatum 19-12-2023

3.1 Wilsbekwaamheid en beslisvaardigheid

Deze module geeft een toelichting op de begrippen wilsbekwaamheid en beslisvaardigheid. De afbakening en benadering van het begrip wilsbekwaamheid wordt beschrijven. De module vormt daarmee het uitgangspunt en denkkader voor de andere modules in deze handreiking.

3.1.1 Uitgangsvraag

Hoe kan het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk gehanteerd worden?

3.1.2 Aanbevelingen

Maak onderscheid tussen wilsbekwaamheid en beslisvaardigheid.

- *Beslisvaardigheid* betreft de mate waarin iemand in staat is – met of zonder ondersteuning in het besluitvormingsproces – zelfstandig te beslissen en de gevolgen van de beslissing te overzien.
- *Wils(on)bekwaamheid* betreft een normatief *oordeel* over de kwaliteit van iemands beslisvaardigheid ter zake van een specifieke kwestie. Dit oordeel kan twee kanten opvallen: wilsbekwaam (voldoende beslisvaardig om te kunnen beslissen over de kwestie ter zake) of onbekwaam (onvoldoende beslisvaardig ter zake de voorliggende kwestie).

Zorgverleners zullen in de praktijk in beginsel uitgaan van wilsbekwaamheid.

Zie wilsbekwaamheid als een taakspecifiek begrip. Dat wil zeggen: wils(on)bekwaamheid moet steeds gerelateerd worden aan de opgave of taak die voorligt (wilsbekwaamheid *ter zake*).

Zie wilsbekwaamheid als risicoafhankelijk begrip met een variabele drempel. Dit betekent dat naarmate de gevolgen van (het respecteren van) een beslissing ernstiger zijn, er hogere eisen worden gesteld aan de beslisvaardigheid.

Houd bij een beoordeling van wilsbekwaamheid rekening met de verschillende aspecten van beslisvaardigheid. Naast cognitieve aspecten spelen bij beslisvaardigheid ook emoties, intentionaliteit (gerelateerd aan de uitvoering van de beslissing) en vrijwilligheid van denken en handelen mee.

3.1.3 Onderbouwing

Deze module geeft een nadere toelichting op het begrip wilsbekwaamheid en de afbakening ervan. Vanwege het inleidende karakter van deze module, is er voor het beantwoorden van de uitgangsvraag geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Wel heeft de werkgroep wetenschappelijke literatuur gebruikt om tot de aanbevelingen te komen, met name basisliteratuur over het thema (aspecten/benaderingen van) wilsbekwaamheid. De werkgroep is aan de hand van deze literatuur en de expertise van de werkgroepleden tot een (ethische) analyse van het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk gekomen. Op deze analyse zijn de aanbevelingen in deze module gebaseerd.

Hieronder volgt deze analyse van het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk. Onder ‘Overwegingen’ wordt vervolgens beschreven tot welk denkkader dit volgens de werkgroep leidt.

Het begrip wilsbekwaamheid

Het begrip wilsbekwaamheid is van relatief recente datum. Het heeft zijn historische achtergrond in de processen van Neurenberg naar aanleiding van de medische experimenten van het nazisme. De zogenaamde Code van Neurenberg is te beschouwen als de eerste poging om ethische principes te formuleren waaraan de uitvoering van medische experimenten gebonden moet zijn. Deze code ligt aan de basis van wat later ‘informed consent’ is gaan heten. Dit principe van geïnformeerde toestemming wordt vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw breed toegepast in de gezondheidszorg en kreeg in 1995 ook een juridisch verankering in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) ⁷. Het toestemmingsvereiste impliceert dat zorgverleners niet gerechtigd zijn te handelen zonder voorafgaande toestemming van de cliënt, waarbij steeds voldaan moet zijn aan twee condities, een externe en een interne. De externe conditie behelst dat door de zorgverlener toereikende en ter zake relevante informatie is gegeven op grond waarvan de cliënt een beslissing kan nemen. De interne conditie betreft het beslissingsvermogen (*decision-making ability*) zelf: beschikt de cliënt over de verstandelijke vermogens om op basis van die verstrekte informatie tot

een goed oordeel te komen. De WGBO spreekt in dit verband over 'een redelijke waardering van zijn belangen ter zake'.

De term wilsbekwaamheid heeft dus betrekking op het vermogen zelfstandig beslissingen te nemen en de gevolgen daarvan te overzien en betreft een kwalificatie daarvan in termen van voldoende/toereikend (wilsbekwaam) of onvoldoende/ontoereikend (wilsontbekwaam). Strikt genomen gaat het dus eerder over beslissingsbekwaamheid dan over de kwaliteit van de wil of het willen⁸. Van hulpverleners wordt verwacht dat zij zich bij hun handelen steeds vergewissen van de kwaliteit van dat beslissingsvermogen, waarbij in beginsel wordt uitgegaan van wilsbekwaamheid. In de door het Ministerie van Justitie over dit onderwerp uitgebrachte handreiking wordt dit uitgangspunt aangeduid als de zogenaamde presuppositie van wilsbekwaamheid⁹. Immers, een te lichtvaardige twijfel aan wilsbekwaamheid kan resulteren in een ongerechtvaardigde inperking van iemands zelfbeschikking. Anderzijds kan een te rigoreus vasthouden aan wilsbekwaamheid tot gevolg hebben dat de cliënt in een positie komt waarin hij onvoldoende beschermd is. Vanuit ethisch perspectief staat wilsbekwaamheid dus ergens tussen de principes van respect voor autonomie en welzijn en kunnen overwegingen inzake wilsbekwaamheid een rol spelen bij het zoeken naar een juiste balans tussen deze beide principes.

Het begrip heeft gaandeweg een relevante plaats gekregen in de gezondheidszorg. Echter, behalve bij beslissingen over zorg en behandeling speelt het ook een rol in het sociale domein en in het maatschappelijk verkeer tussen mensen. Denk bijvoorbeeld aan het beheer van goederen, het uitvoeren van financiële transacties, het doen van schenkingen, het opstellen of wijzigen van testamenten en het aangaan van persoonlijke relaties en daaruit voortvloeiende verbintenissen. Afgezien van hierbij gehanteerde wettelijke leeftijdsgrenzen, gaat het hier in hoge mate om persoonlijke beslissingen. Toch moet daarbij ook aandacht zijn voor mensen in een kwetsbare situatie en dient er een goed evenwicht gezocht te worden tussen het respecteren van autonomie en zelfbeschikking enerzijds en de plicht om mensen die kwetsbaar zijn waar nodig te ondersteunen en te beschermen anderzijds. Daarbij kan het niet alleen gaan om bescherming van de betrokken kwetsbare persoon tegen zichzelf, maar ook tegen manipulatie en misbruik, of tegen subtiele vormen van zogenaamde 'ongepaste beïnvloeding' (*undue influence*) door anderen. Onder dit laatste wordt verstaan: beïnvloeding die tot gevolg heeft dat iemand ertoe wordt gebracht anders dan uit eigen vrije wil te handelen zonder adequate aandacht voor de gevolgen. De 'wil' van de kwetsbare persoon wordt als het ware, bewust of onbewust, verdrongen door de wil van de beïnvloeder. Vaak is daarbij sprake van een afhankelijkheidsrelatie tussen de kwetsbare persoon en de beïnvloeder.

Hoewel het belang van wilsbekwaamheid algemeen erkend wordt, heeft menigeen moeite met de concrete vertaling ervan naar de praktijk, zowel in de zorg als daarbuiten. Dit heeft te maken met de complexiteit van het begrip, maar ook met het sterk normatieve karakter van het begrip. Wilsbekwaamheid of -onbekwaamheid kan niet worden vastgesteld als een feitelijke stand van zaken. Je kunt het niet meten en er is geen eenvoudige test die wilsbekwaamheid van onbekwaamheid kan onderscheiden. Het gaat hier steeds om een oordeel van een persoon, veelal een hulpverlener, over de beslisvaardigheid van een andere persoon, veelal een patiënt of een cliënt in een (langdurige) zorgsetting. Zoals Berghmans (2000) ooit treffend verwoordde, dringt de vraag

naar wilsbekwaamheid zich in de zorgpraktijk namelijk vooral op in situaties waarin de hulpverlener zich afvraagt: 'Is deze beslissing (van een cliënt) wel goed genoeg om te respecteren?') ¹⁰. Met andere woorden: de vraag naar wilsbekwaamheid is een vraag naar wat nu eigenlijk een 'goede' beslissing is en daarmee komen normatieve aspecten in het geding. Enerzijds gaat het dan om de persoonlijke normen van de hulpverlener, anderzijds ook over de mogelijke normatieve implicaties van een beoordeling van wilsbekwaamheid voor de cliënt. De uitkomst van de beoordeling kan namelijk uiteindelijk tot gevolg hebben dat de hulpverlener in moet grijpen in de zelfbeschikking van de cliënt. Voor die verantwoordelijkheid schrikken velen terug. Dit vertaalt zich enerzijds in een sterke behoefte aan meetinstrumenten en concrete handreikingen voor het praktisch omgaan met vraagstukken inzake wilsbekwaamheid. Anderzijds zoekt men in de praktijk naar mogelijkheden om zonder wilsbekwaamheidsbeoordeling toch tot gedragen en zorgvuldige besluitvorming te komen ¹¹.

In de afgelopen jaren zijn tal van studies gewijd aan deze onderwerpen en zijn verschillende opvattingen over wilsbekwaamheid naar voren gebracht en bediscussieerd. Die worden hierna op hoofdlijnen samengevat.

Generieke versus (taak)specifieke bekwaamheid

Een van de discussies over het concept wilsbekwaamheid gaat over het onderscheid tussen generieke en specifieke bekwaamheid. Door sommige auteurs is wel verdedigd dat men enkel de vraag moet stellen naar algemene bekwaamheid, waaronder dan verstaan wordt: het naar behoren in staat zijn om de taken uit te voeren die voor het dagelijks leven van belang zijn ¹². Iemand die in deze zin 'algemeen bekwaam' is, wordt dan door dit feit geacht bekwaam te zijn voor alle taken en beslissingen die zich voordoen, ook als deze in complexiteit die van het dagelijks leven verre overstijgen. De consequentie van deze opvatting is dat de meeste mensen als wilsbekwaam zullen worden beschouwd en dat er voor een beoordeling van wilsbekwaamheid zelden aanleiding zal zijn. Omgekeerd volgt uit deze opvatting ook dat mensen die er niet in slagen de taken van het dagelijks leven naar behoren uit te voeren, door dat feit als wilsonbekwaam worden aangemerkt. Zelfs als zij in bepaalde taken en beslissingen wel goed en zelfstandig presteren ¹³.

Deze benadering van wilsbekwaamheid wordt door de meeste deskundigen niet gedeeld ^{14 15 16}. Zij wijzen op het belang van de context en betogen dat wilsbekwaamheid niet een eigenschap van personen is (die wilsbekwaam of wilsonbekwaam kunnen zijn), maar gerelateerd moet worden aan de opgave of de taak die voorligt. De ene beslissing is immers de andere niet en voor meer complexe beslissingen zijn andere vaardigheden nodig dan voor eenvoudige. Volgens dit begrip van specifieke bekwaamheid kan eenzelfde persoon voor de ene taak wel bekwaam zijn en voor een andere niet. Ook is het mogelijk dat specifieke bekwaamheid in de tijd en/of bij verandering van context varieert. Dit betekent dat iemand die in het dagelijks leven naar behoren zelfstandig functioneert (en in die zin algemeen wilsbekwaam is) onbekwaam kan zijn voor een specifieke beslissing. Ook het omgekeerde kan voorkomen, namelijk dat iemand die niet zelfstandig functioneert heel wel bekwaam kan zijn voor een zich aandienende complexe beslissing. Een ander punt van kritiek op de notie van generieke wils(on)bekwaamheid is het daarmee verbonden vooroordeel dat wilsbekwaamheid met de leeftijd zou afnemen of dat het hebben van een bepaalde beperking of aandoening wilsonbekwaamheid zou impliceren. Mensen met dementie of een verstandelijke beperking zouden dan 'generiek

wilsonbekwaam' zijn. Door wilsbekwaamheid als een specifieke competentie te definiëren en consequent van wils(on)bekwaamheid ter zake van de betreffende beslissing of taak uit te gaan, wordt deze gevolgtrekking bestreden. Dit impliceert echter ook dat in de praktijk vaker de vraag gesteld moet worden of een persoon al dan niet wilsbekwaam is.

Wilsbekwaamheid is (on)afhankelijk van de gevolgen van een beslissing

Mogen de gevolgen van een beslissing van invloed zijn op het oordeel over iemands wilsbekwaamheid? Dit lijkt in de praktijk regelmatig voor te komen: op grond van de (mogelijke) uitkomst van een beslissing komt men tot een oordeel over de wilsbekwaamheid. Een dergelijke directe koppeling tussen het gevolg van een beslissing en wils(on)bekwaamheid wordt echter door deskundigen op het onderwerp en ook in wetgeving, zoals de Engelse Mental Capacity Act (MCA) ¹⁷, scherp van de hand gewezen. Het argument is hier dat elk mens het recht heeft om onverstandige beslissingen te nemen en risico's aan te gaan. Zo oordeelt ook de eerder aangehaalde handreiking van het Ministerie van Justitie ⁹. Deze stelt nadrukkelijk dat een beoordeling van wilsbekwaamheid zich moet richten op - en beperken tot - het besluitvormingsvermogen van de cliënt en niet op de uitkomst van de beslissing. Wanneer de uitkomst van een beslissing leidend zou zijn, zou het risico bestaan dat de normen en waarden van de beoordelaar de doorslag geven. Nog verder doorgetrokken, zou het hanteren van dit uitgangspunt kunnen betekenen dat wanneer een meerderheid van de bevolking een uitkomst schadelijk vindt (bijvoorbeeld tegen medisch advies in afzien van chemotherapie), deze meerderheidsopvatting (de geldende norm) zou bepalen dat iemand die voor deze uitkomst kiest ter zake wilsonbekwaam zou zijn.

Door het gevolg van een beslissing als leidraad te nemen, riskeert men dus twee zaken te verwarren, namelijk wilsonbekwame beslissingen en onverstandige of risicovolle beslissingen. Toch kan het zo zijn dat de aard van een beslissing aanleiding is om wilsbekwaamheid te beoordelen. Daarbij zal men hogere eisen aan de beslisvaardigheid willen stellen naarmate er meer op het spel staat en de gevolgen van het respecteren van een beslissing ernstiger zijn. Met andere woorden: niet het gevolg bepaalt het oordeel, maar de ernst van het gevolg is wel van invloed op de eisen die men aan het beslissingsvermogen stelt en dat kan in voorkomende gevallen dus een reden zijn om tot een formele beoordeling van wilsbekwaamheid te besluiten. De meeste experts op het onderwerp bepleiten een dergelijke benadering van wilsbekwaamheid ^{18 19 20 15 21 22}. De lat voor wilsbekwaamheid (hoe beslisvaardig moet iemand zijn?) wordt volgens deze visie niet alleen bepaald door de complexiteit van een beslissing, maar ook en vooral door het gevolg daarvan. Men duidt dit ook wel aan als de risicoafhankelijkheid van wilsbekwaamheid. Een belangrijk aspect daarvan is de zogenaamde asymmetrie: een afwijzing of weigering van (aangewezen) zorg of (een geïndiceerde) behandeling wordt anders gewogen dan de instemming met deze zorg of behandeling. Dit verschil in weging geldt des te sterker naarmate de gevolgen van het respecteren van een keuze ernstiger zijn.

Tegenstanders van deze opvatting voeren aan dat het bij wilsbekwaamheid gaat om de psychologische functies die benodigd zijn om een bepaalde beslissing te nemen. Of die functies toereikend zijn is wel mede afhankelijk van het type beslissing, maar zou niet beïnvloed mogen worden door de uitkomst daarvan. In de praktijk van de zorg kan men echter niet aan de gevolgen van beslissingen die mensen nemen voorbij gaan, zeker omdat die gevolgen regelmatig

onomkeerbaar zijn, zoals in de besluitvorming rond het levenseinde. Hier werkt deze asymmetrie dan ook het sterkst door, wat zich vertaalt in een lage drempel voor een wens tot leven en een hoge voor een wens tot hulp bij sterven. Deze overweging vloeit niet alleen voort uit de asymmetrie van wilsbekwaamheid, maar heeft ook een belangrijke ethische achtergrond die gelegen is in de opdracht van de geneeskunde^{23 24}.

Fluctuatie en tijdgebondenheid van wilsbekwaamheid

Een belangrijke implicatie van de taakspecifieke en contextafhankelijke opvatting van wilsbekwaamheid is ook dat men alert moet zijn op fluctuaties in de wilsbekwaamheid als gevolg van veranderingen in tijd en plaats. Hier moet bij een beoordeling van wilsbekwaamheid rekening mee worden gehouden. Zo nemen de cognitieve vermogens van een persoon met dementie in de tijd af. Daarnaast kunnen ze worden beïnvloed door medicatie en tijdelijke aandoeningen, zoals infecties of psychische klachten. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen zich daarentegen hun leven lang ontwikkelen, waarbij zij hun beslissingsvaardigheden kunnen verbeteren. Verder geldt in het algemeen dat een kwetsbaar persoon met een beperkte beslisvaardigheid in de eigen omgeving en ondersteund door vertrouwde personen, vaak beter in staat is een beslissing te nemen dan in een vreemde of onveilige omgeving. Deze factoren vergen op zijn minst dat bij elke beoordeling van wilsbekwaamheid naast de taakspecificiteit (welke beslissing betreft het hier?) de tijdgebondenheid en de context in acht worden genomen.

Wilsbekwaamheid en beslisvaardigheid: twee verschillende begrippen

De termen wilsbekwaamheid en beslisvaardigheid worden vaak door elkaar gebruikt. Toch is het belangrijk het onderscheid tussen beide begrippen in het oog te houden. Met beslisvaardigheid, ook wel aangeduid als beslissings- of besluitvormingsvermogen, doelen we op de mate waarin en de wijze waarop iemand in staat is om beslissingen te nemen en de gevolgen daarvan te overzien. Het betreft een vaardigheid (*decision-making ability*) die in tijd en plaats, per persoon en per beslissing kan variëren en die door het bieden van passende ondersteuning in gunstige zin beïnvloed kan worden. Beslisvaardigheid staat aldus gradaties toe in termen van meer of minder. In de (zorg)praktijk gaat de voorkeur altijd uit naar het bieden van adequate ondersteuning van iemands beslisvaardigheid, opdat mensen optimaal en afgestemd op hun wensen en mogelijkheden betrokken kunnen worden bij relevante besluitvorming. Er zijn echter situaties waarin het aangewezen kan zijn een beoordeling te doen van (de kwaliteit van) iemands beslisvaardigheid; daarover gaat de module '[Wanneer wilsbekwaamheid formeel beoordelen?](#)'. Dat oordeel, op basis van onderzoek, behelst of iemand wilsbekwaam of wilsonbekwaam is ter zake van een voorliggende taak of beslissing. Wils(on)bekwaamheid is dus een normatief en dichotoom begrip met een drempel:

- Wilsbekwaam ter zake is hij/zij die over voldoende beslisvaardigheid beschikt om – al dan niet met ondersteuning – zelfstandig te beslissen;
- Wilsonbekwaam is hij/zij die deze drempel van voldoende beslisvaardigheid niet haalt, hetgeen tot gevolg heeft dat de beslissing die voorligt door een ander dan de persoon zelf genomen moet worden, of wordt uitgesteld als dat mogelijk en verantwoord is.

Benaderingen en aspecten van wilsbekwaamheid en beslisvaardigheid

Welke vermogens of psychische functies zijn nu van belang als het gaat om beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid? In de literatuur over dit onderwerp, in richtlijnen en in wet- en regelgeving, wordt in antwoord op deze vraag veel nadruk gelegd op cognitieve vermogens^{19 24 17 25}. Binnen deze **cognitieve** benadering ligt het accent op de mate waarin de persoon begrip heeft van de situatie, weet wat de voorliggende taak of beslissing behelst en in staat is om verschillende beslissingsuitkomsten tegen elkaar af te wegen en op grond daarvan een keuze kenbaar te maken.

Naast deze meer rationele aspecten zijn echter ook **emoties** van belang, omdat juist onze emoties belangrijke motiverende en richtinggevende factoren zijn bij de keuzes die mensen maken. Onderzoek naar de relatie tussen emoties en wilsbekwaamheid is vooral gericht op situaties waarin gevoelens een vrije wilsvorming beperken of verhinderen. Minder aandacht is er voor de vraag hoe emoties positief kunnen bijdragen aan onze beslisvaardigheid - en waar zij wellicht mogelijk compensatie kunnen bieden voor beperkingen in de cognitieve vermogens. De filosofe Martha Nussbaum heeft in haar werk brede en diepgaande aandacht gevraagd voor de rol van emoties in het menselijk handelen en beslissen^{26 27}. Meer specifiek wordt in de literatuur over wilsbekwaamheid door diverse auteurs gewezen op het belang van emotionele motieven en drijfveren in besluitvorming (o.a.^{28 29 8 30}). Ook in de praktijk wegen hulpverleners deze emotionele motieven en drijfveren impliciet of expliciet steeds mee, bijvoorbeeld als het gaat om de 'invoelbaarheid' van de keuzes die cliënten maken. Het is immers evident dat beslissingen, zeker als er voor de cliënt echt wat op het spel staat, nooit in een emotioneel vacuüm genomen worden⁸.

Voor beslisvaardigheid zijn ook *intentionaliteit en vrijwilligheid* noodzakelijk omdat besluitvorming geen enkelvoudig gebeuren is dat aan het handelen voorafgaat, maar een continu proces dat is ingebed in het handelen^{14 31 32}. Het overzien van de gevolgen van een beslissing behelst tevens een anticipatie op het daaruit voortvloeiende handelen en de eventuele rol die de beslisser daarbij toekomt. Wat staat er nu te gebeuren en (wat) moet de cliënt daar zelf aan bijdragen? Het gaat hier met andere woorden ook om het vermogen om, in vervolg op de genomen beslissing, planmatig te handelen, het effect daarvan te evalueren en het handelen zo nodig bij te stellen. Dat vermogen wordt aangeduid met de term **Intentionaliteit** en is verbonden met de zogenaamde executieve functies (de controlefuncties van de hersenen benodigd voor het succesvol functioneren in het dagelijks leven). In de klinische setting is intentionaliteit van belang waar het gaat om de uitvoering van zorgplannen met als doel om gezamenlijk overeengekomen doelen te bewerkstelligen. Het kan zijn dat een cliënt een plan begrijpt, op zichzelf betreft en ermee instemt (daarop is de cognitieve benadering van wilsbekwaamheid gericht), maar niet in staat is dit plan zelfstandig uit te voeren of daaraan mee te werken vanwege een beperking van de intentionaliteit. De ethische betekenis hiervan is dat de zorgverlener zich moet afvragen of deze cliënt wellicht – zonder dat hij/zij daar zelf om vraagt – specifieke ondersteuning nodig heeft, maar ook of met dit plan wel de juiste keuze is gemaakt, ook al heeft de cliënt daarmee ingestemd. Denk bijvoorbeeld aan een alleenstaande oudere met suikerziekte, die na een TIA (beroerte) uit het ziekenhuis ontslagen wordt met de afspraak om thuis zelf zijn bloedsuikervwaarden in de gaten te houden en bij afwijkingen te handelen conform het met hem overeengekomen beleid, dat ook voor de ziekenhuisopname al bestond en in het verleden nooit tot problemen heeft geleid. Hoewel deze patiënt begrijpt wat dit beleid inhoudt – hij

was er immers mee vertrouwd – en er mee instemt, is het hier toch van belang om te toetsen of zijn vermogen tot planmatig handelen niet geleden heeft onder de doorgemaakte TIA, met als risico dat het met de regulatie van de bloedsuikerspiegel misgaat in de thuissituatie.

Zoals gezegd speelt **vrijwilligheid** ook mee in beslisvaardigheid. Net als intentionaliteit, veronderstelt vrijwilligheid onder meer relatief intacte executieve functies. Vrijwilligheid kan echter in het gedrang komen als iemand lijdt aan een ernstige depressie, angststoornis of psychose. Deze stoornissen kunnen dan worden gezien als interne belemmeringen voor vrijwilligheid. Vrijwilligheid kan ook extern worden aangetast, door een negatieve bejegening, door druk uit te oefenen, of door een cliënt te manipuleren. Dit kan gebeuren met mensen die lijden aan een ernstige psychische aandoening, zoals hiervoor genoemd, maar ook bij personen met een verstandelijke beperking of verminderde executieve functies, zoals mensen met dementie of na een beroerte. Dit komt doordat zij vaak afhankelijk zijn van verbale en gedragsmatige signalen uit hun omgeving. Ze lopen daardoor het risico door anderen te worden gestuurd en in hun voorkeuren geleid te worden door de voorkeuren van anderen. Dit risico kwam hiervoor al aan de orde bij de introductie van het begrip ‘ongepaste beïnvloeding’.

Vanuit een meer filosofische benadering benadrukt ook Hughes dat beslisvaardigheid meerdere vermogens omvat. Naast cognitieve vaardigheden onderscheidt hij evaluatieve en uitvoeringsvaardigheden, respectievelijk het vermogen om cognitieve informatie te wegen in het licht van waarden en (levens)doelen en het vermogen om, waar dat aan de orde is, beslissingen om te zetten in daaruit voortvloeiende handelingen ²⁸. Ook Liégeois stelt dat bij wilsbekwaamheid verschillende aspecten een rol spelen. Deze aspecten of benaderingen zouden geïntegreerd moeten worden om wilsbekwaamheid zorgvuldig te kunnen beoordelen ³⁰. In zijn beoordelingscriteria voor wilsbekwaamheid laat hij dan ook elementen uit de cognitieve, emotionele, waarden-gerelateerde en relationele benadering van wilsbekwaamheid terugkomen ³⁰.

3.1.4 Overwegingen

De werkgroep volgt de huidige consensus en vat wilsbekwaamheid op als een **taakspecifiek, risicoafhankelijk en normatief** begrip met een variabele drempel. Dit betekent dat hogere eisen worden gesteld aan de beslisvaardigheid van de cliënt naarmate de gevolgen van het respecteren van diens autonomie ernstiger en mogelijk onomkeerbaar zijn. De werkgroep hecht er tevens aan dat duidelijk **onderscheid** wordt gemaakt **tussen beslisvaardigheid** – de mate waarin iemand in staat is beslissingen te nemen en de gevolgen daarvan te overzien - **en wils(on)bekwaamheid** – het normatieve oordeel over (de kwaliteit van) iemands beslisvaardigheid. Dit oordeel (wilsbekwaam of wilsontbekwaam) kan verstrekkende gevolgen hebben voor de persoon die het betreft en de wijze waarop diens stem gewogen wordt. Vanwege deze implicaties hecht de werkgroep eraan om **terughoudend te zijn met het doen van een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling**. Bij zorg of twijfel aan de mogelijkheden van een cliënt om zelfstandig te beslissen op belangrijke levensdomeinen benadrukt de werkgroep dat prioriteit moet worden gegeven aan ondersteunde besluitvorming.

De werkgroep verkiest een taakspecifieke en risicoafhankelijke benadering van wilsbekwaamheid boven een generieke benadering, ook al kan dit betekenen dat er in de praktijk vaker vragen omtrent iemands wilsbekwaamheid zullen zijn. Hoewel er zeldzame situaties zijn waarin een persoon geen enkele beslissing kan nemen (bijvoorbeeld in geval van een coma), wijst de werkgroep op het risico van een generieke benadering. Het risico van een generieke benadering is dat zorgverleners, maar ook naasten en mantelzorgers, te gemakkelijk de stem van kwetsbare personen ondergeschikt maken aan andere afwegingen. Zulke andere afwegingen zijn bijvoorbeeld hun eigen inschatting van (wat in) het belang (is) van de cliënt, of de inhoud van in een eerdere fase van diens leven door de cliënt opgestelde schriftelijke wilsverklaring. Helaas ziet de werkgroep dat zorgverleners in de praktijk vaak nog impliciet uitgaan van zo'n generieke benadering van wilsbekwaamheid. Bijvoorbeeld door wilsonbekwaamheid te schetsen als het gevolg of kenmerk van een ziekte of aandoening. Hiermee wordt miskend dat het hier steeds een (normatief) oordeel betreft en dat zorgverleners een eigen verantwoordelijkheid hebben in die oordeelsvorming. Ook in uitspraken als 'de cliënt is wilsonbekwaam' of 'de cliënt is wilsonbekwaam geworden' schemert een generieke opvatting van wilsbekwaamheid door. Dit soort uitspraken wekken de suggestie dat wilsonbekwaamheid een 'zijnstoestand' betreft en niet een predicaat dat door de ene persoon aan de andere wordt toegekend. De werkgroep waarschuwt tegen dergelijk taalgebruik en de ongewenste gevolgen die dit kan hebben voor de waardering van wensen, keuzen en beslissingen van mensen met beperkingen op het gebied van beslisvaardigheid.

De werkgroep hecht er tevens aan vast te stellen dat beslisvaardigheid een complex en samengesteld vermogen betreft. Dit betekent volgens de werkgroep dat beslisvaardigheid naast elementen uit de cognitieve, emotionele, waarden-gerelateerde en relationele benadering, ook intentionaliteit en vrijwilligheid van denken en handelen als cruciale aspecten omvat. Een wilsbekwaamheidsbeoordeling dient steeds gericht te zijn op deze verschillende dimensies van beslisvaardigheid en mag zich niet beperken tot de louter cognitieve vermogens.

Ten slotte benadrukt de werkgroep dat een risicoafhankelijke benadering, zoals zij die voorstaat, ook asymmetrie in de weging van uitkomsten van een beslissing met zich mee kan brengen. Als iemand klakkeloos instemt met een zeer risicovolle behandeling wordt dit anders gewogen dan als iemand dezelfde behandeling aarzelend weigert. En waar het gaat om beslissingen omtrent het levenseinde impliceert deze asymmetrie dat voor een wens tot leven, hoe ongearticuleerd soms ook geuit, een lage drempel voor bekwaamheid wordt gehanteerd.

4. Wanneer wilsbekwaamheid formeel beoordelen?

Autorisatiedatum 19-12-2023 Beoordelingsdatum 19-12-2023

4.1 Formele beoordeling en beleid

Deze module beschrijft wanneer een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling uitgevoerd kan worden en hoe deze keuze gemaakt kan worden. De knelpuntenanalyse voor deze handreiking liet zien dat in de praktijk formele wilsbekwaamheidsbeoordeling nu willekeurig lijkt te worden uitgevoerd. Daarom worden in deze module criteria gegeven wanneer een beoordeling wenselijk en op zijn plaats is. Tevens wordt beschrijven hoe de cliënt betrokken dient te worden en wat het beleid is bij schriftelijke wilsverklaringen en hoogstpersoonlijke beslissingen.

4.1.1 Uitgangsvraag

In welke situaties kan een formele beoordeling van wilsbekwaamheid ter zake nuttig zijn en in welke situaties niet? En wat is het beleid bij schriftelijke wilsverklaringen en hoogstpersoonlijke beslissingen?

4.1.2 Aanbevelingen

Wees terughoudend met het inzetten op een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling.

Voer een formele beoordeling van wilsbekwaamheid ter zake alleen uit als:

- de cliënt voornemens is een beslissing te nemen met ernstig gevolg **en**
- de beoordeling van wilsbekwaamheid resulteert in een nieuw handelingsperspectief **en**
- de voordelen van beoordeling opwegen tegen de nadelen ervan.

Gebruik [de beslisboom](#) als hulpmiddel om te bepalen of een formele beoordeling van wilsbekwaamheid voor de betreffende cliënt en de betreffende beslissing nuttig kan zijn of niet.

Geef ondersteunde besluitvorming voorrang op vervangende besluitvorming, ook in geval van wilsonbekwaamheid ter zake van de voorliggende beslissing. Betrek de cliënt steeds naar vermogen bij relevante besluitvorming. Doe dit samen met de vertegenwoordiger.

Doe er alles aan om de wil en voorkeuren van de cliënt te achterhalen. Weeg daarbij zijn actuele wensen en wilsuitingen zorgvuldig, naast een eventuele schriftelijke wilsverklaring.

Zorg ervoor dat hoogstpersoonlijke beslissingen niet door een vertegenwoordiger worden (over)genomen.

4.1.3 Onderbouwing

Om deze uitgangsvraag te beantwoorden is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Dit leverde echter slechts drie studies op die ook nog eens onvoldoende antwoord gaven op de uitgangsvraag en/of van lage kwaliteit waren. (Zie ook [Procesinformatie ontwikkeling handreiking](#) onder Verantwoording). De werkgroep heeft daarom ook basisliteratuur over wilsbekwaamheid gebruikt, zoals teksten uit (leer)boeken van gerenommeerde auteurs. Deze literatuur overlapt deels met de literatuur die voor de module '[Het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk](#)' is gebruikt. De aanbevelingen zijn dan ook tot stand gekomen door het combineren van de beschikbare literatuur met expertise van de werkgroepleden (expert opinion). De gebruikte literatuur wordt hieronder beschreven in de vorm van een ethische analyse.

Onder 'Overwegingen' staan de overwegingen beschreven die de werkgroep bij de ethische analyse heeft, evenals de conclusie die de werkgroep op basis daarvan trekt. Ten slotte wordt onder 'Bijzondere situaties' beschreven welke aanpak de werkgroep aanbeveelt bij hoogstpersoonlijke beslissingen en schriftelijke wilsverklaringen.

ETHISCHE ANALYSE

Balans tussen 'respect voor autonomie' en 'weldoen'

Zoals eerder in de module '[Het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk](#)' aangegeven, moet de

hulpverlener in zijn contacten met cliënten uitgaan van wilsbekwaamheid. Dit wordt de 'presuppositie van bekwaamheid' genoemd. Van groot belang is ook dat zorgverleners rekening houden met het belevingsperspectief en het bevattingsvermogen van hun cliënten. Zij worden geacht begrijpelijke taal te gebruiken en daarbij zo nodig ook hulpmiddelen in te zetten. Door informatie te doseren en te vereenvoudigen, probeert de zorgverlener de cliënt maximaal te betrekken. Het afstemmen op en het ondersteunen van de beslisvaardigheid van de cliënt wordt in module ['Het ondersteunen van de beslisvaardigheid'](#) verder uitgewerkt. Aan het ondersteunen van beslisvaardigheid zijn echter wel grenzen gesteld. Om een beslissing te kunnen nemen, moet de cliënt toch een minimum aan informatie over de situatie en de gevolgen van de verschillende keuzeopties kunnen begrijpen en toepassen. Denk hier bijvoorbeeld aan een kinderwens bij een persoon met een verstandelijke beperking, of informed consent voorafgaande aan een (ingrijpende) medische ingreep bij een persoon met dementie. Als dat minimum niet (meer) kan worden gehaald, kan dit leiden tot twijfel aan de wilsbekwaamheid van de cliënt over de beslissing. Maar alleen twijfel rechtvaardigt een wilsbekwaamheidsbeoordeling nog niet. Ook de gevolgen van de beslissing die de betrokkene van plan is te nemen, bepalen of een wilsbekwaamheidsbeoordeling gerechtvaardigd is. Slechts als sprake is van gedrag of een besluit met een (mogelijk) 'ernstig gevolg', is een formele beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake mogelijk gerechtvaardigd. Als zo'n ernstig gevolg zich niet voordoet, kan men de cliënt dus vrijlaten in zijn keuzen, ook al is er twijfel aan zijn wilsbekwaamheid. Oppenheimer spreekt in dit verband over een 'protected milieu of autonomy'³³. Op deze wijze kan zoveel mogelijk recht worden gedaan aan de zelfbeschikking van kwetsbare personen. Hierbij geldt ook, zoals in module ['Het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk'](#) is besproken, dat wanneer iemand een wens tot leven uit, lagere eisen aan diens beslisvaardigheid gesteld worden dan bij iemand die een wens tot (hulp bij) sterven uit.

Critici van deze benadering tekenen daarbij aan dat hier op de achtergrond toch sprake is van enig paternalisme. Het is immers de hulpverlener die bepaalt wat al dan niet als een 'ernstig gevolg' en dus als een grond voor beoordeling van wilsbekwaamheid beschouwd kan worden. Deze situatie is daarom wel aangeduid als een paradoxaal gevolg van de positie die wilsbekwaamheid in ethiek en recht verkregen heeft. Want terwijl enerzijds de centrale plaats van het principe van respect voor autonomie beoogt om de macht van zorgverleners over kwetsbare cliënten in te perken, keert die macht hier terug omdat het de zorgverlener is die bepaalt wanneer een wilsbekwaamheidsbeoordeling is aangewezen³⁰. Vanuit zorgethisch perspectief kan hier ter nuancering worden ingebracht dat het hierbij niet zozeer gaat om machtsuitoefening van de ene persoon over de ander, als wel over de professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener voor de aan zijn zorg toevertrouwde kwetsbare persoon. Binnen de ethiek van de zorg, maar ook in het tuchtrecht, wordt die verantwoordelijkheid anders gewogen dan vanuit de liberale ethiek^{34 35}. Wel laat dit soort kritiek opnieuw zien dat wilsbekwaamheid zich bevindt in een 'tussenpositie', tussen de principes van 'respect voor autonomie' en 'weldoen' (zie de module ['Het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk'](#)) en dat een zorgvuldige afweging en onderbouwing van groot belang zijn, alvorens tot een wilsbekwaamheidsbeoordeling besloten wordt.

Een andere reden om terughoudend te zijn met een beoordeling van wilsbekwaamheid is dat zo'n formele beoordeling - nog los van de uitkomst - door degene die deze moet ondergaan als zeer

ingrijpend en kwetsend kan worden ervaren. Vaak gaat het om mensen die zich in een afhankelijke positie bevinden van de beoordelaar én de setting waarin zij verblijven - een ziekenhuis of een woonzorginstelling. En dan raakt zo'n beoordeling hen ook nog in een wezenlijk aspect van wie zij zijn, namelijk hun autonomie. Daarnaast moet voor een beoordeling vaak persoonlijke en privacygevoelige informatie over wat de betrokkene beweegt bij de voorliggende beslissing worden gedeeld met de beoordelaar. Ook dit kan als pijnlijk ervaren worden. Samen genomen kunnen deze aspecten van het beoordelingsproces een negatieve impact hebben op de zorgrelatie en het onderlinge vertrouwen tussen zorgverlener en zorgontvanger ³⁶.

Daar komt bij dat een formele beoordeling van wilsbekwaamheid alleen zinvol is, als deze bijdraagt aan de oplossing van een probleem. Met andere woorden: een beoordeling moet een handelingsperspectief opleveren. Als zo'n perspectief ontbreekt, voegt een beoordeling weinig toe, maar kan deze wel schade berokkenen. Dit verklaart mogelijk ook waarom men in de praktijk regelmatig afziet van een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling, ook als zo'n beoordeling vanuit een juridisch perspectief raadzaam lijkt. Zo concluderen juridisch onderzoekers bij de thematische wetsevaluatie 'wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging', dat wilsbekwaamheidsbeoordelingen in de praktijk te weinig plaatsvinden. Zij verklaren dit door te stellen '*dat er onder hulpverleners nog veel onduidelijkheid bestaat over de onderwerpen wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging*' ³⁷. De vraag is echter of het hier alleen om een tekort aan kennis gaat. In observationele studies waarin is nagegaan hoe besluitvormingsprocessen in de zorgpraktijk verlopen, zijn diverse alternatieve strategieën beschreven die zorgverleners hanteren om tot gedragen besluitvorming te komen bij mensen waarvan de beslisvaardigheid beperkt is ^{34 38 39 40}. Eén van de bevindingen uit deze studies is dat hulpverleners bij verschil van inzicht of twijfel aan de wilsbekwaamheid vaak pragmatisch kiezen voor (herhaalde) samenspraak met de cliënt, zijn naaste(n) en andere zorgverleners. In dit proces ligt het accent niet zozeer op de vraag wie de beslissing neemt, maar meer op hoe de beslissing zorgvuldig genomen kan worden, waarbij de cliënt maximaal betrokken wordt. Formele wetsevaluaties brengen dit soort alternatieve benaderingen niet in beeld. Zij blijken echter opmerkelijk goed aan te sluiten bij nieuwe inzichten vanuit de (zorg)ethiek en bij (de geest van) het VN-verdrag Handicap ³.

Nieuwe ontwikkelingen: van exclusie naar inclusie

In een *position paper* (standpuntennota) namens de werkgroep wilsbekwaamheid van de International Psychogeriatric Association (IPA) pleiten Peisah et al. oor de noodzaak van een verschuiving in het gedachtepatroon over de manier waarop we het vraagstuk van de wilsbekwaamheid benaderen ⁴¹. Hoewel zij positief zijn over de ontwikkeling die het begrip heeft doorgemaakt, namelijk van een generiek en categorisch 'alles-of-niets'-concept naar een taakspecifiek begrip, zijn zij kritisch over het doel waarmee wilsbekwaamheidsbeoordelingen in de praktijk worden ingezet. Dat doel is namelijk om vast te stellen of iemand in staat is zelf te beslissen (*autonome besluitvorming*), of dat de beslissing moet worden overgenomen door een vertegenwoordiger (*vervangende besluitvorming*). Wilsbekwaamheidsbeoordelingen zijn daarom potentieel excluderend in hun uitwerking, omdat zij in het geval van wilsbekwaamheid de persoon in kwestie buitenspel (dreigen te) zetten, met als gevolg dat deze een aantal fundamentele rechten

niet meer kan uitoefenen. In plaats hiervan bepleiten Peisah et al. een benadering die er niet op gericht is *'om vast te stellen of mensen al dan niet in staat zijn om te beslissen, maar eerder om te beoordelen wat voor soort ondersteuning mensen met een beslisvaardigheidsbeperking nodig hebben om te worden betrokken bij relevante besluitvorming'*⁴¹. Met andere woorden: het soort onderzoek dat verricht wordt om te beoordelen op welke onderdelen (bijvoorbeeld geheugen, executieve functies, logisch redeneren) en in welke mate iemands beslisvaardigheid tekortschiet, moet bij voorkeur worden ingezet om te beoordelen op welke aspecten en in welke mate iemands beslisvaardigheid ondersteund kan worden, om de betrokkene zo goed mogelijk te betrekken bij een beslissing. De vraag *'Is hier sprake van wilsonbekwaamheid ter zake en is vervangende besluitvorming nodig?'* moet dus vervangen worden door *'Op welke wijze kan beslisvaardigheid ondersteund worden, opdat iemand kan (blijven) deelnemen aan voor hem of haar relevante besluitvorming?'*⁴¹.

Ook Liégeois is van mening dat zorgverleners niet zo zeer de taak hebben om wilsbekwaamheid te beoordelen, maar vooral het beslissingsproces zouden moeten faciliteren, waarbij de cliënt in dialoog met zorgverleners en naaste(n) zo veel mogelijk zelf tot een weloverwogen en verantwoorde beslissing kan komen³⁰. In dezelfde lijn bepleiten Diesfeldt en Teunisse dat een zorgverlener steeds moet overwegen of het ook zonder formele wilsbekwaamheidsbeoordeling mogelijk is om tot een verantwoorde beslissing te komen. Daartoe zou de hulpverlener de cliënt kunnen ondersteunen, of in overleg met betrokkenen gezamenlijk tot consensus kunnen komen⁴². De hierboven aangehaalde observationele studies laten zien dat hulpverleners in de praktijk al vaak zo te werk gaan^{34 38 39 40}.

Deze visies en voorstellen zijn in lijn met artikel 12 van het VN-verdrag Handicap³. Dit artikel garandeert dat mensen met een beperking voor de wet gelijk zijn aan mensen zonder beperking en op voet van gelijkheid hun leven moeten kunnen inrichten. Daarvoor is nodig dat zij toegang hebben tot de juiste informatie en ondersteuning. Het is de nadrukkelijke opzet van dit verdrag, om de bestaande praktijk van vervangende besluitvorming terug te dringen ten gunste van een maximale inzet op ondersteunde besluitvorming. In dit verband oordeelt de Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) (Commissie voor de rechten van personen met een handicap) uiterst kritisch over het begrip wilsbekwaamheid (aangeduid als 'mental capacity') en over de functionele benadering in de beoordeling daarvan: *'Deze benadering is om twee belangrijke redenen gebrekkig: (a) ze wordt op discriminerende wijze toegepast op mensen met een handicap; en (b) ze veronderstelt in staat te zijn de innerlijke werking van de menselijke geest nauwkeurig te kunnen beoordelen en, wanneer de persoon niet slaagt voor de beoordeling, onttrekt ze hem of haar een fundamenteel mensenrecht - het recht op gelijke erkenning voor de wet. (...) Artikel 12 staat een dergelijke discriminerende ontzegging van handelingsbekwaamheid niet toe, maar vereist veeleer dat ondersteuning wordt verleend bij de uitoefening van handelingsbekwaamheid.'*⁴³.

Behalve in dit VN-verdrag Handicap vindt een 'includerende' benadering van wilsbekwaamheid ook steun in nieuwe inzichten over het relatieve en relationele karakter van autonomie^{44 35}. Mede op basis van empirisch onderzoek kunnen we concluderen dat het idee van autonome besluitvorming

eigenlijk helemaal niet goed aansluit bij hoe mensen beslissingen over zorg en behandeling (willen) nemen ^{44 35}. Met name de zorgethiek heeft erop geattendeerd dat de omslag van medisch paternalisme naar autonomie en zelfbeschikking, zoals die vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw in recht en ethiek heeft plaatsgevonden, te ver is doorgeschoten ^{44 35}. Als gevolg hiervan voelden patiënten zich alleen gelaten in hun autonomie, of ervoeren dat hun autonomie werd opgelegd. Ze misten adequate ondersteuning en advisering bij het nemen van moeilijke beslissingen omdat hun arts de parallelle rolverschuiving doormaakte van 'de dokter weet het beter' naar 'de dokter informeert' ⁴⁵. Ondersteunde besluitvorming (zoals shared decision making en collaborative decision making) sluit dan ook veel beter aan bij de zorgrelatie en de kwetsbare autonomie van de zorgontvanger ⁴¹, of er nu wel of niet sprake is van beslisvaardigheidsbeperkingen. In geval van beslisvaardigheidsbeperkingen hebben mensen echter wel recht op *extra* ondersteuning ter versterking van hun betrokkenheid bij relevante beslissingen.

4.1.4 Overwegingen

De werkgroep benadrukt dat het hebben van een verstandelijke beperking of een aandoening zoals bijvoorbeeld dementie, NAH of het syndroom van Korsakov, zeker niet betekent dat iemand op voorhand wilsbekwaam is. Dit is in lijn met art. 12 lid 3 van het VN-verdrag Handicap 'ondersteuning voor mensen met een handicap bij de uitoefening van hun handelingsbekwaamheid' en lid 4 'respecteren van rechten, wil en voorkeuren' ³. De werkgroep sluit hier nadrukkelijk bij aan en is van mening dat de zorgverlener primair uit moet gaan van wilsbekwaamheid (in de vorige module 'presuppositie van bekwaamheid' genoemd). Beslissingen worden in principe door de cliënt zelf genomen, hierbij zo nodig ondersteund door zorgverlener(s) en naaste(n). In lijn hiermee is de werkgroep van mening dat een cliënt de vrijheid heeft om beslissingen die geen ernstige gevolgen hebben zelfstandig te nemen. Deze vallen binnen het zogenaamde 'beschermde milieu van autonomie' (protected milieu of autonomy) ³³ dat ook te zien is als een ontdek- of probeerruimte ⁵.

Ook herkent de werkgroep de in de literatuur genoemde frustratie die bij een cliënt kan ontstaan als deze wordt onderworpen aan een wilsbekwaamheidsbeoordeling. Zeker als de beoordeling resulteert in het oordeel dat de cliënt wilsbekwaam ter zake van de voorliggende beslissing wordt geacht. Door zo'n beoordeling kan de vertrouwensrelatie tussen cliënt en zorgverlener onder druk komen te staan.

Om die reden en om te voorkomen dat wilsbekwaamheidsbeoordelingen op onjuiste gronden worden ingezet, is een zorgvuldige afweging volgens de werkgroep steeds noodzakelijk. De werkgroep is van mening dat altijd eerst onderzocht moet worden of er ook andere manieren zijn om tot een beslissing te komen. Dit wordt ondersteund door bovenbeschreven nieuwe inzichten en ontwikkelingen op het gebied van (zorg)ethiek en mensenrechtenverdragen. Deze nieuwe inzichten pleiten voor een paradigmaverschuiving naar een inclusieve besluitvorming. Hierbij worden beoordelingen van beslisvaardigheid primair ingezet ter ondersteuning van de cliënt en ter versterking van zijn betrokkenheid bij voor hem relevante beslissingen. Ook krijgt ondersteunde besluitvorming nadrukkelijk voorrang op vervangende besluitvorming. Met andere woorden: ondersteunde

besluitvorming of het ondersteunen van de beslisvaardigheid heeft altijd de voorkeur.

Toch zijn er situaties waarin een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling overwogen kan worden. Zoals eerder aangegeven moet het dan gaan om:

1. beslissingen die hoge eisen stellen aan de beslisvaardigheid van de cliënt,
2. waarbij de uitkomst van de beslissing ernstige gevolgen (in de Wzd 'ernstig nadeel' genoemd) kan hebben **én**
3. waarbij een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling onmisbaar is om tot een beslissing te komen. (Is er onderzocht of er ook andere manieren zijn om tot een beslissing te komen?)

Voorbeelden van zulke situaties zijn een weigering van een medisch aangewezen behandeling, de klakkeloze acceptatie van een ingrijpende behandeling (de cliënt stelt er bijvoorbeeld geen enkele vraag over), of een irrationeel verlopend beslisproces met ernstig gevolg ^{46 47}. De beoordelaar bepaalt samen met de cliënt en zijn naaste of het gaat om een beslissing met ernstige gevolgen.

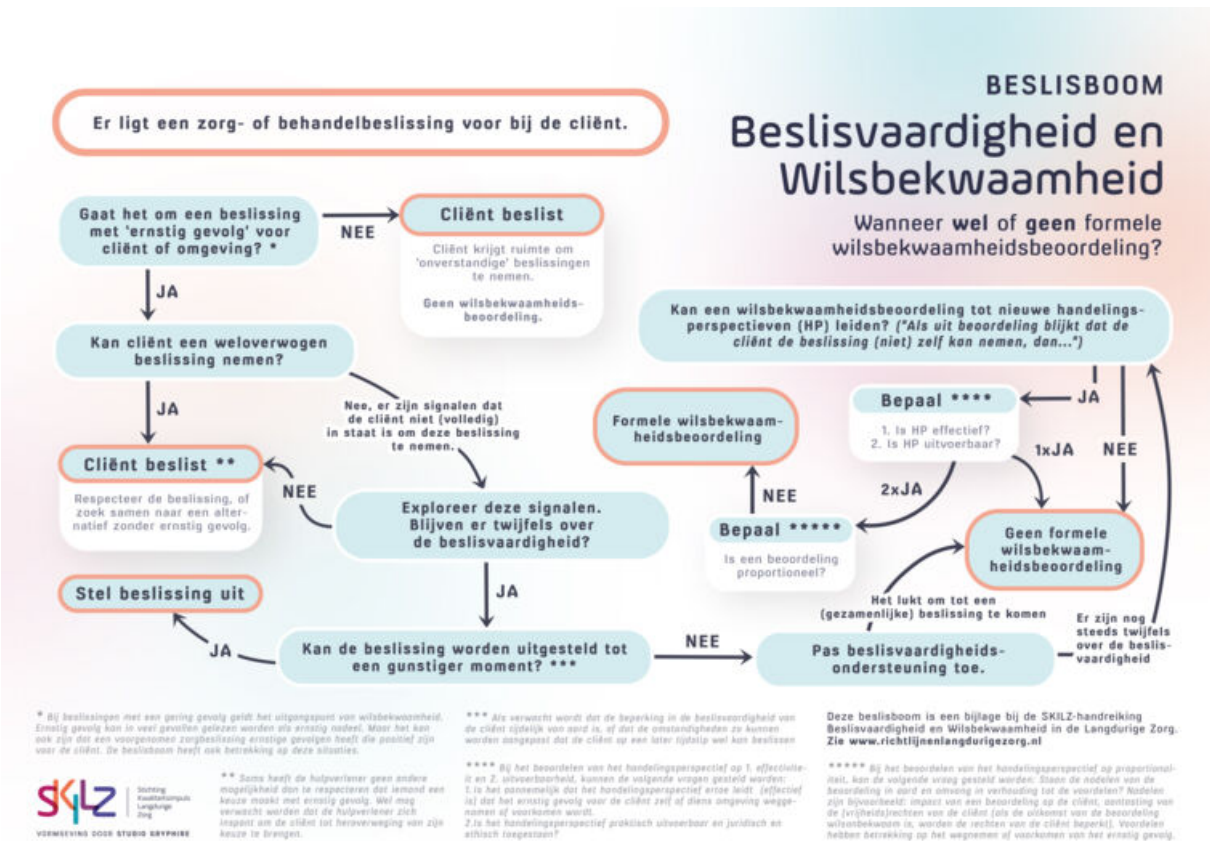
De werkgroep adviseert daarom om in alle gevallen te bepalen of een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling daadwerkelijk kan bijdragen aan de oplossing van een probleem. Met andere woorden: leidt een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling tot een nieuw handelingsperspectief? Als dit niet het geval is, is een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling niet aan te bevelen en voegt deze eerder schade toe aan een (zorg)relatie. Over het algemeen kan de als-dan-redenering helpen om te bepalen of er daadwerkelijk handelingsperspectieven zijn ('Als uit beoordeling blijkt dat de cliënt de beslissing niet zelf kan nemen, dan ...').

Vervolgens moet ook afgewogen worden of deze mogelijke handelingsperspectieven uitvoerbaar zijn en of een beoordeling proportioneel is. Wegen de voordelen van deze handelingsperspectieven op tegen de nadelen van de wilsbekwaamheidsbeoordeling (proportionaliteit)? En zijn deze handelingsperspectieven praktisch uitvoerbaar en wettelijk toegestaan (uitvoerbaarheid)?

De werkgroep vindt een goede schriftelijke vastlegging belangrijk. Hierin moeten de overwegingen om de wilsbekwaamheid wel of niet (opnieuw) te beoordelen duidelijk worden beschreven en beargumenteerd. Uit het dossier moet blijken welke overwegingen er waren om de wilsbekwaamheid wel of niet formeel te beoordelen.

De werkgroep benadrukt verder dat de inzet steeds moet zijn de cliënt zo veel mogelijk bij de beslissing te betrekken, ook als deze als wilsonbekwaam ter zake is beoordeeld.

In de beslisboom worden de overwegingen bij het bepalen of een wilsbekwaamheidsbeoordeling aanbevolen wordt schematisch weergegeven. De beslisboom is [hier](#) ook apart te downloaden. In [deze bijlage](#) is een casuïstiek beschreven op basis van de beslisboom.



Bijzondere situaties

Er kunnen zich omstandigheden voordoen waarin een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling niet uitvoerbaar is. Denk bijvoorbeeld aan acute situaties, zoals het optreden van een delier of een psychose. Als de situatie grote snelheid van handelen vraagt, mag de zorgverlener (binnen het kader van de WGBO) ingrijpen zonder de vertegenwoordiger of cliënt te raadplegen en is ook een formele beoordeling van wilsbekwaamheid geen optie. Als uitstel wel mogelijk is, kan overwogen worden de beslissing uit te stellen tot een moment waarop de cliënt wel kan worden betrokken. Ook als er sprake is van een zeer ernstige verstandelijke beperking of ernstig en duurzaam neurologisch of psychiatrisch toestandsbeeld, is een wilsbekwaamheidsonderzoek niet uitvoerbaar. Onder die omstandigheden treedt de vertegenwoordiger plaatsvervangend voor de cliënt op. De bevoegdheid van de vertegenwoordiger kent echter wel een grens, ook in situaties waar een wilsbekwaamheidsbeoordeling ter zake wel mogelijk is. Zo mag de vertegenwoordiger in principe geen *hoogstpersoonlijke beslissingen* nemen voor de cliënt ^{37 48 49 24}. Te denken valt dan bijvoorbeeld aan verzoeken om (hulp bij) levensbeëindiging, verzoeken om af te zien van een (medisch geïndiceerde) levensreddende behandeling of het instemmen met een sterilisatie. Wel zal de zorgverlener informeren naar de mening van de vertegenwoordiger en zijn visie meenemen in de besluitvorming. In genoemde situaties zal de zorgverlener binnen de wettelijke kaders en als goed hulpverlener samen met de cliënt bepalen hoe om te gaan met zijn wens of verzoek ²⁴. In de praktijk spelen de hier geschetste formele bevoegd- en verantwoordelijkheden veelal geen rol van betekenis. Cliënten vinden het bijvoorbeeld vaak erg belangrijk dat hun naasten een actieve inbreng hebben bij hun hoogstpersoonlijke beslissingen. Er zijn echter ook situaties denkbaar waarin dat niet het geval is

en dan is het belangrijk om dit criterium als richtsnoer voor beleid te hanteren.

Naast deze uitzonderlijke omstandigheden heeft de werkgroep studie gemaakt van een tweetal bijzondere situaties waarin aandacht voor wilsbekwaamheid expliciet geboden is, maar een handreiking ontbreekt. Het gaat hier om wilsbekwaamheid in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd) en wilsbekwaamheid in relatie tot schriftelijke wilsverklaringen. Op beide situaties en de ter zake geboden handelwijze gaat de werkgroep hieronder afzonderlijk in.

Wilsbekwaamheid in de Wzd

De Wzd (artikel 3, lid 2) verlangt expliciet een beoordeling van wilsbekwaamheid van een cliënt volgens gangbare richtlijnen (toelichting artikel 3, lid 2: "Een vertegenwoordiger treedt slechts op namens de cliënt voor zover een deskundige overeenkomstig de daarvoor gangbare richtlijnen een beslissing heeft genomen die inhoudt dat de cliënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van een beslissing die hem betreft. Deze beslissing wordt door de daartoe deskundige niet genomen dan na overleg met de vertegenwoordiger dat op overeenstemming is gericht. Indien geen overeenstemming wordt bereikt, neemt een niet bij de zorg betrokken deskundige de beslissing."). Een vertegenwoordiger kan volgens deze richtlijnen pas optreden als volgens die beoordeling de cliënt wilsonbekwaam is bevonden ter zake van een voorliggende beslissing over de inzet van onvrijwillige zorg. Zie ook [Bijlage III: Juridisch kader wilsbekwaamheid](#). Op basis van de huidige handreiking, die de eerdere handreiking van Verenso over dit onderwerp vervangt, moet het besluitvormingsproces in eerste instantie gericht zijn op het komen tot een door alle betrokkenen gedragen beslissing waarbij de cliënt zo veel mogelijk zeggenschap heeft. Een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling is pas aan de orde als er geen andere mogelijkheden zijn. Zo'n situatie kan bijvoorbeeld ontstaan als het niet lukt om door middel van ondersteunde besluitvorming tot overeenstemming te komen over de in te zetten interventie. Als er dan onvrijwillige zorg toegepast moet worden om ernstig nadeel te voorkomen, geldt de Wzd en die schrijft voor (artikel 3, lid 2) dat er een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling moet worden gedaan. [Ondersteunde besluitvorming](#) is daarom de eerste stap in het besluitvormingsproces en [vervangende besluitvorming](#) de laatste.

Zoals eerder in deze handreiking is beschreven, zal pas tot een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling worden overgegaan als er sprake is van een beslissing met een mogelijk ernstig gevolg voor de cliënt en/of zijn omgeving. Verder moeten overwegingen gekoppeld aan proportionaliteit (van de beoordeling) en aan effectiviteit en uitvoerbaarheid (van het eventuele handelingsperspectief) meegenomen worden in de afweging om al dan niet over te gaan tot een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling.

De werkgroep benadrukt verder dat niet mag worden vergeten dat het plaatsvervangend optreden van de vertegenwoordiger beperkt is tot de beslissing over de onvrijwillige zorg waarvoor de cliënt als wilsonbekwaam is beoordeeld. Bovendien heeft de vertegenwoordiger ook bij die beslissing nog altijd de verantwoordelijkheid om de cliënt naar vermogen bij de besluitvorming te betrekken. De werkgroep wijst in dit verband opnieuw op het VN-verdrag Handicap en het commentaar van het Comité voor de Rechten van Personen met een Handicap op artikel 12 uit dit verdrag^{3 43}. Hierin wordt beschreven dat beperkte beslisvaardigheid geen argument mag zijn om personen met een

handicap hun beslissingsrecht geheel te ontnemen.

De werkgroep wijst er ook met nadruk op dat de systematiek van de Wzd met zich meebrengt dat hulpverleners met regelmaat worden geconfronteerd met beslissingen die onderling in aard en uitwerking sterk verwant zijn. Wanneer in een vergelijkbare situatie onder vergelijkbare omstandigheden al eerder een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling is uitgevoerd, vindt de werkgroep het niet proportioneel om daar opnieuw toe over te gaan. Er kan dan beargumenteerd volstaan worden met een verwijzing naar en aansluiting bij de eerdere beoordeling, als deze niet te lang geleden heeft plaatsgevonden. Door dit mogelijke teruggrijpen op en aansluiten bij eerdere wilsbekwaamheidsbeoordelingen vindt de werkgroep het wel van groot belang dat zo'n beoordeling wordt uitgevoerd door een zorgverlener die daartoe optimaal gekwalificeerd is. Ook moet deze zorgverlener beschikken over een goed inzicht in de huidige zorgsituatie van de cliënt en de te verwachten toekomstige ontwikkelingen in de zorg- en ondersteuningsbehoefte. En daar waar de Wzd van toepassing is, zou de zorgverlener er zich van moeten verzekeren dat de cliënt attent is gemaakt op de aanwezigheid van een cliëntenvertrouwenspersoon. In ieder geval voor de vertegenwoordiger een beslissing neemt. Uiteraard is afstemming met naasten en andere bij de zorg betrokken zorgverleners hierbij van groot belang. Zie [module 'Het beoordelen en vastleggen van de wilsbekwaamheid'](#) voor meer informatie over het uitvoeren van een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling en de eisen die hiervoor aan de beoordelaar worden gesteld.

Schriftelijke verklaringen en wilsbekwaamheid

Het instrument van de schriftelijke wilsverklaring is bedoeld om mensen in staat te stellen invloed uit te oefenen op zorg- en behandelbeslissingen als zij wilsonbekwaam ter zake zijn geworden. In een wilsverklaring staat wat iemands wensen en voorkeuren zijn rondom het levenseinde en/of ingrijpende medische behandelingen. Ook is het mogelijk om in een wilsverklaring iemand te machtigen om op te treden als vertegenwoordiger.

Wilsbekwaamheid speelt bij schriftelijke wilsverklaringen op twee niveaus. Het eerste niveau is het opstellen van de wilsverklaring. Alle gezondheidsrechtelijke bepalingen vereisen dat de cliënt wilsbekwaam is (in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake) bij het schrijven van zo'n schriftelijke wilsverklaring. In de praktijk geldt hiervoor ook de presuppositie van bekwaamheid. Het tweede niveau betreft de vaststelling van de wilsonbekwaamheid voorafgaand aan een eventuele uitvoering van de wilsverklaring. De werkgroep beperkt zich hier tot het tweede niveau.

Twee typen wilsverklaringen en twee wetten zijn in verband met het onderwerp van deze handreiking van belang: het behandelverbod, dat geregeld is in de WGBO (artikel 7: 450 BW, lid 3) en de euthanasieverklaring die in de Wtl (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, artikel 2, lid 2) een plaats heeft gekregen (toelichting Wtl artikel 2, lid 2: "Hierin staat onder meer dat een arts alleen tot levensbeëindiging over kan gaan indien aan alle zorgvuldigheidsvoorwaarden is voldaan, waaronder de voorwaarde dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.")⁵⁰. Opmerkelijk is dat de wetgever verschillende formuleringen voor wilsonbekwaamheid hanteert waar het gaat om de situatie waarin de wilsverklaring in de plaats kan komen van het overleg met de cliënt. Volgens de WGBO is dat het geval als de cliënt 'niet langer in staat kan worden geacht tot een

redelijke waardering van zijn belangen ter zake'. De Wtl stelt dat de wilsverklaring in de plaats kan komen van het mondelinge euthanasieverzoek, als de persoon 'niet langer in staat is zijn wil te uiten'. De wetgever veronderstelt dat beide bepalingen voor de hulpverlener duidelijk zijn. Maar, terwijl de Wzd in artikel 3 lid 2 expliciet verwijst naar richtlijnen ter beoordeling van wilsbekwaamheid, ontbreekt zo'n formulering of verwijzing in de WGBO en de Wtl. De werkgroep constateert dat er over de toepassing van wilsverklaringen in individuele situaties veel vragen en onduidelijkheden leven in de zorgpraktijk en dat hierover ook in de (ethische en juridische) literatuur veel discussie is. Dit bleek ook recent nog naar aanleiding van de zogenaamde 'koffie-euthanasie' en het arrest daarover van de Hoge Raad ⁵¹. Om die reden wil de werkgroep hier aandacht geven aan de toepassing van wilsverklaringen.

De werkgroep merkt allereerst op dat hulpverleners een wilsverklaring regelmatig met de cliënt moeten bespreken (bijvoorbeeld als onderdeel van een zorgplanbespreking) en dat dit document ook betrokken moet worden bij ondersteunde besluitvorming als de wilsverklaring relevant is voor het betreffende onderwerp. De wilsverklaring kan zo een hulpmiddel zijn in het overleg met de cliënt en zijn actuele visie helpen verhelderen. Het bestaan of bezit van een wilsverklaring kan echter geen reden zijn om een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling uit te voeren.

Ook als een persoon in het heden voorkeuren uitspreekt die verschillen van voorkeuren in een eerder opgestelde wilsverklaring, kan en mag dit geen reden zijn om tot een formele beoordeling over te gaan. Daartoe is alleen reden als de bezitter van zo'n wilsverklaring een keuze maakt met een ingrijpend en ernstig gevolg en er geen alternatieve mogelijkheden (meer) zijn om zonder formele beoordeling tot een gedragen beslissing te komen. Het hiervoor gestelde over proportionaliteit van de wilsbekwaamheidsbeoordeling en de effectiviteit en uitvoerbaarheid van het mogelijke handelingsperspectief, zijn ook hier van toepassing. De wensen en opvattingen zoals neergelegd in de wilsverklaring kunnen bijdragen aan zo'n handelingsperspectief als uit de beoordeling blijkt dat de cliënt wilsbekwaam ter zake is én als de inhoud van de wilsverklaring van betekenis kan zijn om in de voorliggende situatie tot een beslissing te komen. Dit betekent echter niet zonder meer dat in geval van wilsbekwaamheid onverkort de wilsverklaring kan worden gevolgd.

Net als in andere gevallen van wilsbekwaamheid (zie ook module '[Het beoordelen en vastleggen van de wilsbekwaamheid](#)'), moeten zorgverlener en vertegenwoordiger zich nog steeds inspannen om tot de 'beste interpretatie' te komen van de wil en voorkeuren van de cliënt. Dat wil zeggen: ook zijn actuele wensen en wilsuitingen moeten altijd worden meegewogen, volgens hetgeen hiervoor gezegd is over aansluiting bij artikel 12 van het VN-verdrag Handicap ³. De wilsverklaring kan dus nooit volledig in de plaats komen van, of *vervangend* zijn voor, de actuele wensen en voorkeuren van de cliënt.

De hier geschetste gedragslijn is naar het oordeel van de werkgroep passend voor de (negatieve) wilsverklaring (het 'behandelverbod') in het kader van de WGBO. De Wtl hanteert een ander criterium waarbij de wilsverklaring, in dit geval dus de euthanasieverklaring, in de plaats kan komen van een mondeling euthanasieverzoek, als de persoon niet langer in staat is zijn wil te uiten. Mensen met dementie kunnen echter nog zeer lang in staat zijn hun wil te uiten. Uit de praktijk van de

persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie en uit wetenschappelijk onderzoek naar hun belevingsperspectief, is bekend dat de meeste mensen met dementie actief bij hun situatie betrokken blijven. Dit blijven zij ongeacht het stadium van de ziekte en ondanks het optreden van veranderingen in de beleving van wat hun overkomt ^{52 53 54}. Als een persoon met dementie een mondeling euthanasieverzoek doet of een wens tot sterven uit, kan de wilsverklaring behulpzaam zijn om zijn wil en voorkeuren te verduidelijken en te ondersteunen.

Omgekeerd is de werkgroep van oordeel dat als uit actuele uitlatingen of gedragingen, hoe ongearticuleerd ook, een wens tot leven spreekt, zulke uitingen laagdrempelig als wilsbekwaam moeten worden beschouwd, met een opschortend effect op de wilsverklaring. Een dergelijke gedragslijn is in overeenstemming met het boven gestelde inzake het risicoafhankelijke en asymmetrische karakter van wilsbekwaamheid. Ook onderstreept deze gedragslijn volgens de werkgroep het belang van een mensenrechtelijke bescherming in de zin van artikel 12 lid 4 van het VN-gehandicaptenverdrag ³. Daarin wordt immers benadrukt dat actuele wilsuitingen nooit genegeerd mogen worden ten gunste van vervangende besluitvorming op basis van een wilsverklaring. Ook de Hoge Raad in haar eerder genoemde uitspraak erkent, dat als gedrag of verbale uitingen niet overeenkomen met de situatie zoals beschreven in de wilsverklaring, geen gevolg gegeven kan worden aan het euthanasieverzoek ⁵¹.

5. Het ondersteunen van de beslisvaardigheid

Autorisatiedatum 19-12-2023 Beoordelingsdatum 19-12-2023

5.1 Manieren van ondersteuning

Cliënten dienen zo veel mogelijk ondersteund te worden om hun eigen beslissingen te nemen. Het is daarvoor belangrijk dat een zorgverlener verminderde beslisvaardigheid kan herkennen en handvatten heeft om beslisvaardigheid te ondersteunen en stimuleren. Met deze redenen gaat deze module uitgebreid in op manieren om de beslisvaardigheid van cliënten in de langdurige zorg te ondersteunen.

5.1.1 Uitgangsvraag

Op welke manier kan iemands beslisvaardigheid optimaal ondersteund worden?

- **Op welke manier kan mogelijk verminderde beslisvaardigheid herkend en verkend worden?**
- **Op welke manier kan de ondersteuning van iemands beslisvaardigheid vormgegeven worden?**

5.1.2 Aanbevelingen

Heb altijd (ook wanneer er geen beslissing voorligt) oog voor beslisvaardigheid van de cliënt en eventuele beperkingen daarin. Zie ook de bijlage ['Aandachtspunten bij het herkennen van beslisvaardigheidsbeperkingen en het ondersteunen van beslisvaardigheid'](#).

Wees bij een beslissing met mogelijk ernstig gevolg alert op signalen voor mogelijke beperkingen in de beslisvaardigheid. Onderzoek deze signalen en wees er daarbij van bewust dat ze ook op iets anders kunnen wijzen dan verminderde beslisvaardigheid.

Als verkenning van de signalen het vermoeden van verminderde beslisvaardigheid niet

wegneemt, ondersteun dan de beslisvaardigheid van de cliënt optimaal. Volg daarbij de volgende stappen:

- breng de situatie van de cliënt in beeld,
- optimaliseer aan de hand daarvan de beslisvaardigheid en
- zorg voor de juiste randvoorwaarden.

Zie voor een uitwerking van de stappen punt 5 van [Aandachtspunten bij het herkennen van beslisvaardigheidsbeperkingen en het ondersteunen van beslisvaardigheid](#).

5.1.3 Onderbouwing

Om de uitgangsvraag van deze module te beantwoorden, is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Dit leverde 33 studies op. (Zie ook [Procesinformatie ontwikkeling handreiking](#) onder Verantwoording). De werkgroep voegde hier nog acht artikelen aan toe, waaronder basisliteratuur over wilsbekwaamheid en literatuur over onder andere het naastenperspectief. Alles bij elkaar leverde de literatuur nauwelijks informatie op over signalen van mogelijk verminderde beslisvaardigheid (eerste subvraag). Over het ondersteunen van beslisvaardigheid gaf de literatuur wel informatie (tweede subvraag). Het gaat hierbij vooral om kwalitatief onderzoek, casestudies, en reviews (kwalitatief, systematisch, of niet beschreven). Daarom moeten alle in de literatuur genoemde mogelijkheden voor het ondersteunen van beslisvaardigheid vooral gezien worden als voorbeelden van hoe beslisvaardigheidsondersteuning vormgegeven kan worden, niet als bewezen effectieve methoden om het aan te pakken. De aanbevelingen zijn dan ook tot stand gekomen door het combineren van beschikbare literatuur met de expertise van de werkgroepleden (expert opinion).

Signaleren van mogelijk verminderde beslisvaardigheid

Er wordt in de literatuur dus nauwelijks aandacht besteed aan specifieke signalen van mogelijke beperkingen in de beslisvaardigheid. Wel wordt genoemd dat er over het algemeen sprake kan zijn van verminderde beslisvaardigheid als een cliënt moeite lijkt te hebben met de volgende taken: het maken en uiten van een keuze, het begrijpen van informatie, het toepassen van de informatie op de eigen situatie en die rationeel hanteren²¹. In de handreiking van Verenso en verschillende andere literatuur worden meer specifieke gedragssignalen genoemd^{42 55 56}:

- Cliënt geeft herhaaldelijk een antwoord dat niet past bij de vraag,
- Emotie van de cliënt past niet bij het antwoord,
- Cliënt vraagt steeds opnieuw om herhaling van (delen van) de informatie,
- Cliënt geeft meteen toestemming zonder dat de zorgverlener de indruk heeft dat het de cliënt helemaal duidelijk is waarvoor hij toestemming geeft,
- Cliënt weigert een onderzoek of behandeling waarbij de zorgverlener de indruk heeft dat de weigering niet weloverwogen is,
- Cliënt gebruikt ongebruikelijke argumenten bij het instemmen met of weigeren van een onderzoek of behandeling,

- Cliënt maakt een keuze die niet in overeenstemming is met zijn persoonlijke waarden.

Vormgeven van beslisvaardigheidsondersteuning

Het ondersteunen van beslisvaardigheid wordt in verschillende studies beschreven en het belang ervan wordt erkend ^{57 32}. Enkele auteurs beschrijven stappen voor het ondersteunen van de beslisvaardigheid, die globaal neerkomen op ^{41 42 58}:

1. Breng de cliënt in beeld: verwerf inzicht in zijn actuele situatie, waaronder zijn cognitieve en emotionele functioneren, omstandigheden, gedachten, gevoelens, waarden en behoeften samenhangend met de beslissing.
2. Ondersteun de beslisvaardigheid: optimaliseer deelname van de cliënt aan de (complexe) beslissing door eventuele belemmeringen weg te nemen en te zorgen voor passende hulpmiddelen en omstandigheden en het indien nodig vereenvoudigen van de beslissing.
3. Tijd, open houding en geduld om stappen 1 en 2 mogelijk te maken.

Hieronder worden de drie stappen verder uitgewerkt op basis van de gevonden literatuur.

1. De cliënt in beeld. Verwerf inzicht in de actuele situatie van de cliënt, samenhangend met de beslissing. Ga in gesprek met de cliënt, observeer en raadpleeg familie en andere betrokkenen, waaronder zorgprofessionals die de cliënt goed kennen. Bestudeer het medisch dossier voor actuele informatie over de conditie van de cliënt, wilsverklaringen en andere documenten die bijvoorbeeld opgesteld zijn in het kader van [proactieve zorgplanning](#). Als er nog weinig bekend is over het mentale functioneren van de cliënt of als er specifieke uitdagingen lijken te bestaan op het gebied van beslisvaardigheid, verricht dan psychodiagnostisch onderzoek of laat dergelijk onderzoek uitvoeren. Bij dergelijk onderzoek brengt de psycholoog of orthopedagoog het actuele cognitieve, emotionele en motivationele functioneren in kaart. Ook wordt naar andere factoren gekeken die van invloed kunnen zijn op de beslisvaardigheid. Het is bij deze inventarisatie van belang zicht te krijgen op de volgende dimensies:

1. Vaardigheden, beperkingen en andere factoren bij de cliënt die de beslisvaardigheid kunnen bevorderen of belemmeren. Voorbeelden hiervan zijn sterke en zwakke kanten in het cognitief en emotioneel functioneren, de motivatie en helpende en belemmerende gedachten; eerdere negatieve ervaringen met, of specifieke patronen bij het nemen van beslissingen; aangeleerde hulpeloosheid, berusting en beïnvloedbaarheid; laaggeletterdheid of beperkte gezondheidsvaardigheden; sensorische beperkingen (visus, gehoor). Daarnaast wordt er benadrukt dat het voor de ondersteuning van beslisvaardigheid belangrijk is van de cliënt te vernemen of deze zelf ondersteuning wenst en op welke gebieden ^{58 59}.
2. De cliënt als persoon, wat voor hem belangrijk is in het leven en hoe dit verband houdt met het betreffende besluit. Hierbij kan gedacht worden aan leeftijd, opleidingsniveau, levensfase, levensverhaal, karakter, identiteit, culturele achtergrond of wereldoriëntatie, persoonlijke voorkeuren, attitudes, normen en waarden.
3. De sociale omgeving van de cliënt, voor zover die betekenis heeft in de context van het betreffende besluit. Hierbij kan worden gekeken naar het informele en formele netwerk van

de cliënt, de kwaliteit van de relaties met de cliënt en hoe zij de cliënt zien. Daarbij kan het ook relevant zijn om in kaart te brengen wat de perspectieven en belangen zijn van degene die de cliënt ondersteunt bij het beslissen.

2. Ondersteun de beslisvaardigheid. Om de beslisvaardigheid te optimaliseren, worden in de literatuur verschillende stappen genoemd:

1. Zorg voor een optimale gesteldheid van de cliënt. Probeer de invloed van storende factoren te minimaliseren. Bijvoorbeeld als heftige emoties, belemmerende gedachten of klachten zoals depressie of angst, een negatieve invloed hebben op weloverwogen beslissen, overweeg dan psychotherapeutische behandeling van die belemmerende gedachten, emoties of klachten ⁴². Overweeg het afbouwen van medicatie als deze van invloed kan zijn op beslisvaardigheid. Wanneer de hinder van tijdelijke aard is (bijvoorbeeld een psychose, delier, CVA, ernstige pijn), overweeg dan uitstel van de beslissing als dit mogelijk is ⁶⁰. Zorg er ook voor dat het gesprek over de beslissing zoveel mogelijk plaatsvindt op het moment van de dag waarop de cliënt het best functioneert ⁵⁶.
2. Maak duidelijk om welke beslissing het precies gaat, wat de beslissing behelst, welke keuzemogelijkheden er zijn en welke gevolgen die kunnen hebben. Bespreek het tijdsplan en wie er betrokken zijn bij de beslissing.
3. Zorg voor een optimale fysieke omgeving. Bijvoorbeeld een rustige, liefst voor de cliënt bekende ruimte, waar gesprekken ongestoord plaats kunnen vinden.
4. Zorg voor een optimale sociale omgeving waar de cliënt zich zoveel mogelijk op zijn gemak voelt. Een goed contact tussen cliënt en professional is hierbij de basis. Ook de aanwezigheid van een voor de cliënt vertrouwd persoon die de cliënt kan ondersteunen, en die de uitingen van de cliënt goed kan interpreteren, kan hieraan bijdragen. In de literatuur wordt omschreven waar deze vertrouwde persoon aan moet voldoen om goede ondersteuning te kunnen bieden: iemand die beschikbaar is, benaderbaar, consistent en empathisch, zich kan inleven in de cliënt en zijn behoeften kent. Iemand die de cliënt erbij betrekt en handelt in het belang van de cliënt, daarbij uitgaat van de levensovertuiging van de cliënt en in staat is eigen voorkeuren opzij te zetten; iemand die informatie inwint en in contact staat met andere betrokkenen. Gezien de hoge eisen die aan een ondersteuner worden gesteld, is er een mogelijkheid om deze ondersteuners een training te laten volgen ⁶¹. Anderen benoemen dat aan de inzet van deze betrokkenen ook een kwetsbare kant zit; niet alleen het risico dat zij misbruik maken van de cliënt en bijvoorbeeld vooral vanuit eigen belangen handelen (zie ook 'undue influence' in module '[Het begrip wilsbekwaamheid](#)'), maar ook dat het ondersteunen kan leiden tot hevige spanning bij de ondersteuner ⁶².
5. Optimaliseer de communicatie met de cliënt. Naast algemene adviezen als duidelijk spreken en jargon vermijden, wijst de literatuur op het belang van maatwerk bij beslisvaardigheidsondersteuning: communicatie die is afgestemd op de cliënt als mens en zijn mogelijkheden en beperkingen (zie ook stap 1A). Denk dus na over de wijze waarop de informatie met de cliënt wordt gedeeld, rekening houdend met zijn cognitieve

beperkingen. Wanneer de cliënt moeite heeft met het verwerken van informatie kan het helpend zijn om de informatie in gestructureerde visuele vorm of in stukjes aan te bieden, informatie te herhalen en geheugensteuntjes te geven. Verder valt het gebruik van visueel materiaal, gebaren en beslisshulpmiddelen te overwegen. De effectiviteit van dergelijke middelen wordt in de literatuur echter niet duidelijk beschreven ^{60 63 64 65 66 67}. Indien gewenst kunnen ook andere non-verbale uitingen, zoals gebaren, gebruikt worden. Daarnaast is het belangrijk dat de cliënt zelf in staat wordt gesteld zich zo goed mogelijk te uiten. Daarom is het belangrijk dat er iemand aanwezig is die eventuele gebaren, gezichtsuitdrukkingen en gedrag van de cliënt goed kan lezen en interpreteren. Eventueel kan een spraak-/taalspecialist of tolk ingeschakeld worden.

6. Maak duidelijke afspraken over de beslisvaardigheidsondersteuning en leg deze vast. Hierbij kan worden gedacht aan afspraken over de gebieden waarop de cliënt ondersteuning krijgt, hoe de ondersteuning eruitziet en wie daarin welke rol heeft. We adviseren om met name dit laatste vast te leggen in een formele overeenkomst tussen de cliënt en zijn ondersteuners ⁵⁸.

3. Tijd, open houding en geduld. Om bovenstaande stappen mogelijk te maken, moet aan een aantal randvoorwaarden voldaan worden. Een randvoorwaarde die in de literatuur veel genoemd wordt, is voldoende tijd voor het ondersteuningsproces. Het gaat dan om tijd voor meerdere gesprekken, om voldoende informatie over de cliënt te verzamelen, om zaken uit te leggen en om de cliënt de tijd te geven om te reageren. Ook is tijd nodig om te kunnen samenwerken met andere professionals en extra expertise in te schakelen. Hoge werkdruk daarentegen werkt belemmerend in het mogelijk maken van bovenstaande stappen. Andere randvoorwaarden zijn een open houding en geduld bij de zorgverlener.

Conclusie uit de literatuur

Het ondersteunen van beslisvaardigheid wordt steeds vaker gezien als een passende manier om mensen met beperkingen in de beslisvaardigheid beslissingen te laten nemen. Hoewel onderzoek hierover nog maar beperkt heeft plaatsgevonden, worden in de literatuur wel verschillende suggesties gedaan voor het ondersteunen van beslisvaardigheid. Zo wordt een gestructureerde methode geadviseerd waarbij de cliënt centraal staat en er aandacht is voor zijn wensen, behoeften, mogelijkheden, normen, waarden en levensverhaal. Goede beslisvaardigheidsondersteuning zou op basis hiervan vorm gegeven moeten worden.

5.1.4 Overwegingen

De werkgroep vindt dat het ondersteunen van beslisvaardigheid een vast onderdeel van de dagelijkse zorgpraktijk zou moeten zijn. Uitgangspunt is dat een goede zorgverlener een cliënt zodanig ondersteunt, dat deze zo veel mogelijk zijn eigen beslissingen kan nemen. Middelen die de zorgverlener daarbij kan inzetten, zijn onder meer het zo veel mogelijk aansluiten bij de leefwereld van de cliënt, specifiek op zijn begrips- en taalniveau. Waar nodig zal de zorgverlener (veelal) impliciet een inschatting maken van het begrips- en beslisvermogen van de cliënt en eventueel naasten betrekken. Een formele beoordeling van de wilsbekwaamheid (en de daarbij horende

nadelige effecten) wordt zoveel mogelijk vermeden.

Signalen van mogelijk verminderde beslisvaardigheid

De werkgroep vindt de in de literatuur genoemde signalen van mogelijk verminderde beslisvaardigheid bruikbaar en voegt daaraan toe dat ook als een cliënt zich terugtrekt uit besluitvorming, dit een signaal kan zijn. Daarnaast merkt de werkgroep op dat cliënten zelf nadrukkelijk kunnen vragen om ondersteuning bij beslissingen.

Bij het onderzoeken van signalen van verminderde beslisvaardigheid is kennis over de cliënt, zijn historie, wensen en behoeften en huidig functioneren essentieel. Als die kennis nog niet aanwezig is, is uitgebreid onderzoek gewenst. Bij het herkennen en interpreteren van signalen van mogelijk verminderde beslisvaardigheid noemt de werkgroep de bijdrage van naasten en andere betrokkenen door hun vaak ruime ervaring met, en kennis over de cliënt. Vooral mensen met een verstandelijke beperking kunnen bijvoorbeeld een eigen manier hebben om hun wil te uiten. Naasten of anderen die de cliënt goed kennen, kunnen deze uitingen vaak goed 'lezen'. Zorgverleners wordt aangeraden deze ervaringskennis over de cliënt te benutten en die te combineren met hun professionele expertise om zo tot een goede signaalherkenning en -interpretatie te komen. Naast gesprekken met de cliënt, naasten en zorgprofessionals kan psychodiagnostiek een belangrijke bron van informatie zijn om zicht te krijgen op factoren die de beslisvaardigheid kunnen bevorderen of juist hinderen. Het zorgvuldig en gestructureerd in kaart brengen van de wensen en behoeften van de cliënt en de ondersteuning die nodig is, draagt eraan bij dat de cliënt ook in eventuele toekomstige situaties zoveel mogelijk een stem krijgt.

Vormgeven van beslisvaardigheidsondersteuning is een gestructureerd proces

In de literatuur worden verschillende suggesties gedaan voor het ondersteunen van beslisvaardigheid (zie 'Onderbouwing'). De werkgroep heeft nog enkele aanvullingen op deze suggesties. Deze worden hieronder beschreven.

Allereerst moet het *uitgangspunt* zijn dat *de cliënt centraal* staat. Zijn kwaliteit van leven en wat hij daaronder verstaat. Een zorgverlener moet oprecht nieuwsgierig zijn naar het perspectief van de cliënt en laten merken dat hij dit hoort. Verder moet de houding van de zorgprofessional ten aanzien van het ondersteunen van beslisvaardigheid positief zijn. Ook moeten zorgverleners (evenals naasten) niet vooringenomen zijn wat betreft de beslisvaardigheid van de cliënt, of in ieder geval in staat zijn hun eventuele eigen opvattingen over de cliënt geen rol te laten spelen in de besluitvorming.

Verder is het belangrijk te achterhalen *wat de cliënt zelf wil en kan ten aanzien van beslisvaardigheidsondersteuning*. Erkent de cliënt dat een beslissing nodig is en is hij bereid gevolgen van de beslissing te accepteren? Wil de cliënt zelf of met hulp van anderen beslissen? En in het laatste geval, om welke anderen gaat het en welke rol zouden zij volgens de cliënt moeten hebben. Ten tweede moeten *ervaringen van de cliënt met eerdere beslissingen en beslisvaardigheidsondersteuning* in kaart gebracht worden. De werkgroep ziet hierbij ook psychodiagnostisch onderzoek als belangrijke manier om de cliënt en zijn (on)mogelijkheden goed in beeld te brengen.

Net als bij het herkennen van signalen van beperkingen in de beslisvaardigheid benadrukt de werkgroep nog eens dat familieleden en naasten, begeleiders, verzorgenden en andere professionals belangrijke informatiebronnen zijn. Elke betrokkene neemt vanuit zijn achtergrond en relatie tot de cliënt specifieke kennis mee over de cliënt. Alle relevante perspectieven moeten zorgvuldig worden gewogen bij het ondersteunen van beslisvaardigheid (ervaringskennis van de cliënt, ervaringskennis van de familie/naasten, dagelijkse kennis van de begeleider/verzorgende en (andere) professionele kennis van soms meerdere disciplines). Dit betekent dat de zorgverlener zich ervan bewust moet zijn dat zijn perspectief één van de perspectieven is, naast de perspectieven van cliënt, naasten en eventuele andere zorgverleners. Ook moet de zorgverlener in staat zijn ervaringskennis en praktijkkennis van en over de cliënt en van andere betrokkenen mee te nemen bij de ondersteuning.

De werkgroep vindt dat de ondersteuning in principe in samenspraak met de cliënt, naasten en zorgverlener(s) (*in dialoog*) vormgegeven moet worden. Hierin kunnen dus ook dagelijkse begeleiders, verzorgenden of andere nauw betrokken zorgverleners worden meegenomen. Vooral betrokkenen met een lange (zorg)relatie met de cliënt beschikken vaak over bruikbare kennis en kunnen daardoor een belangrijke rol spelen in de besluitvorming. Denk bijvoorbeeld aan: familieleden en/of huisgenoten, begeleiders/verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici, gedragswetenschappers (psycholoog, orthopedagoog), artsen, physician assistants, verpleegkundig specialisten of geestelijk verzorger. Er moet hierbij een basis van vertrouwen zijn en een gevoel van gezamenlijkheid. Deze gezamenlijkheid wordt soms echter gehinderd door een verschil van inzicht over de te nemen (behandel)besluiten en/of conflicterende belangen tussen de verschillende partijen. Ook moet de zorgverlener alert zijn op een mogelijk gevoel van afhankelijkheid. De werkgroep merkt op dat cliënten, en ook hun naasten, zich sterk afhankelijk kunnen voelen van de zorgverlener. Dit kan leiden tot wenselijke antwoorden op vragen van de zorgverlener en wenselijk of conflicterend gedrag. Door deze gevoelde afhankelijkheid, of door andere oorzaken, kan er sprake zijn van 'ongepaste beïnvloeding'. Hierbij wordt de cliënt door anderen (zoals naasten of zorgverleners) beïnvloed, waardoor het niet lukt zijn eigen wil te uiten. Deze beïnvloeding kan bewust of onbewust zijn. (zie ook Module '[Het begrip wilsbekwaamheid](#)' over 'Undue influence'). Ook hierop moet de zorgverlener alert zijn. Daarnaast moet de zorgverlener alert zijn op mogelijke overbelasting van de naaste. Ook kan het accepteren van beslisvaardigheidsondersteuning opgevat worden als getuigend van een falende familie en kan er argwaan zijn richting professionele 'bemoeienis'.

Verder vult de werkgroep aan dat het belangrijk is dat de zorgverlener *toetst of hij de cliënt goed begrepen heeft*, maar ook of de cliënt de zorgverlener heeft begrepen. Dit kan bijvoorbeeld door de cliënt zelf een samenvatting te laten geven, met behulp van de [Terugvraagmethode](#). Op [Taal voor Allemaal](#) zijn richtlijnen te vinden voor helder taalgebruik. Ook moet de zorgverlener bij de naaste alert zijn op eventuele aanwezigheid van laaggeletterdheid of beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook in samenwerking met de naaste wordt daarom een persoonsgerichte en cultuursensitieve benadering geadviseerd.

Ook stelt de werkgroep een aantal eisen aan de *taken en verantwoordelijkheden van de zorgverlener* bij het ondersteunen van beslisvaardigheid. Zo moet de zorgverlener aan de ene kant zorgen voor

een gezamenlijkheid op basis van onderling vertrouwen in de dia- of trialoog, terwijl hij aan de andere kant (wel) voldoende distantie houdt en niet vanuit eigen normen en waarden de beslissing beïnvloedt. Om dit te kunnen, is het van belang dat de zorgverlener zichzelf goed kent en in staat is op zijn eigen handelen te reflecteren. Zorgverleners moeten in dit proces zo min mogelijk sturen en zo veel mogelijk waardenvrij communiceren. De zorgverlener moet hierbij in het achterhoofd houden dat het doel is de cliënt te motiveren tot het nemen van een weloverwogen beslissing, ongeacht de uitkomst daarvan.

Ten slotte is de werkgroep van mening dat een zorgorganisatie die tot doel heeft bij de wensen van de cliënt aan te sluiten en bereid is daarvoor verantwoorde risico's te nemen, *voldoende tijd en middelen* beschikbaar moet stellen zodat zorgprofessionals beslisvaardigheid adequaat kunnen ondersteunen. De werkgroep onderstreept in dit verband ook het belang van het tijdig in gesprek gaan met de cliënt en eventueel zijn naasten over beslisvaardigheid, zeker in tijden van hoge werkdruk. Op deze manier wordt er al vroeg informatie verzameld die bruikbaar kan zijn als het ondersteunen van beslisvaardigheid nodig is.

Advies beslisvaardigheidsbeperkingen herkennen en beslisvaardigheid ondersteunen

De werkgroep heeft op basis van de beschikbare literatuur en bovenstaande overwegingen aandachtspunten opgesteld voor het herkennen van signalen van mogelijke beperkingen in de beslisvaardigheid en voor het ondersteunen van beslisvaardigheid. Zie [Aandachtspunten bij het herkennen van beslisvaardigheidsbeperkingen en het ondersteunen van beslisvaardigheid](#).

Verschillen tussen cliëntgroepen

Hoewel deze handreiking gericht is op de beslisvaardigheid van zowel mensen met een verstandelijke beperking als mensen met een verworven hersenaandoening of -schade, heeft de werkgroep gemerkt dat er rond dit thema ook wezenlijke verschillen zijn tussen beide cliëntgroepen en werkvelden. Die verschillen reflecteren een andere context en het is van belang dat de zorgprofessional zich daar bewust van is en er rekening mee houdt:

- Her- en verkennen van signalen van verminderde beslisvaardigheid en ondersteunen van beslisvaardigheid: bij mensen met een verstandelijke beperking is vaak sprake van een al langer bestaande betrokkenheid van zorgverleners, een natuurlijker betrokkenheid van naasten (zoals ouder, broer of zus). Hierdoor is er meer ervaringskennis over de beslisvaardigheid van de cliënt en het ondersteunen van zijn beslissingen. Die kennis en ervaring kunnen ook bij nieuwe beslissingen benut worden. Tegelijkertijd moet worden opgemerkt dat er in veel gevallen nog een inhaalslag te maken is in het effectueren van het recht op zeggenschap van cliënten in het algemeen en het ondersteunen van beslisvaardigheid in het bijzonder. Bij mensen met een verworven hersenaandoening of -schade zijn zorgverleners en naasten soms nog niet zo lang betrokken. Daardoor kan de betrokkenheid minder vanzelfsprekend zijn en is er minder kennis over de actuele beslisvaardigheid van de cliënt.
- Ontwikkeling in de tijd: mensen met een verstandelijke beperking ontwikkelen zich doorgaans in de loop van hun leven, ook waar het de beslisvaardigheid betreft. Dit is bij (oudere) mensen met een progressieve hersenaandoening onwaarschijnlijk. Overigens raadt de werkgroep ook aan

om bij oudere mensen met een verstandelijke beperking alert te zijn op dementie . Bovendien moet men bij hersenaandoeningen of -schade bedacht zijn op stapsgewijze of plotselinge achteruitgang van cognitieve functies en de gevolgen daarvan voor beslisvaardigheid. Dit kan betekenen dat vormen van beslisondersteuning die eerder goed werkten niet langer toereikend zijn.

- Vergelijking met voorheen: (oudere) mensen met niet-aangeboren hersenaandoeningen of -schade kenden voor de aandoening of schade een leven waarin zij tal van beslissingen namen op een manier die bij hen paste en die voor hen betekenis had. Bij het herkennen van signalen is het van belang rekening te houden met deze individuele ervaringen, verlies aan betekenis en de wijze waarop de cliënt daarmee omgaat. Dit verschil tussen 'voorheen' en 'nu' is er bij mensen met verstandelijke beperking minder.

6. Het beoordelen en vastleggen van de wilsbekwaamheid

Autorisatiedatum 19-12-2023 Beoordelingsdatum 19-12-2023

6.1 Uitvoer van formele wilsbekwaamheidsbeoordeling

Indien aan de criteria voor een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling wordt voldaan (zie [Wanneer wilsbekwaamheid beoordelen?](#)), kan deze worden uitgevoerd. Uit de knelpuntenanalyse voor deze handreiking bleek dat er onduidelijkheid is over wat de beste manier is om wilsbekwaamheid te beoordelen. Ook spelen onder andere beperkte communicatievaardigheden van cliënten, onduidelijkheid over wie mag en kan beoordelen en onduidelijkheid over andere benodigde betrokkenen een rol. Deze module beschrijft tien stappen om de uitvoer van een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling uit te voeren.

6.1.1 Uitgangsvraag

Op welke manier kan een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling ter zake het beste uitgevoerd worden en wat is hiervoor nodig?

6.1.2 Aanbevelingen

Structureer het beoordelingsproces met behulp van de volgende stappen:

1. Bepaal of een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling werkelijk nodig is (zie module ['Wanneer beoordelen?'](#)).
2. Bepaal wie de beoordeling uitvoert.
3. Informeer cliënt en naaste(n) over de beoordeling en de noodzaak ervan.
4. Formuleer het doel van de beoordeling en bepaal de eisen voor wilsbekwaamheid.
5. Vorm een globaal beeld van de cliënt.
6. Zorg voor optimale (gespreks)omstandigheden.
7. Beoordeel de wilsbekwaamheid aan de hand van tien criteria:
 - 1) informatie begrijpen,
 - 2) inzicht in de eigen situatie verwerven,
 - 3) handelingsmogelijkheden zoeken,
 - 4) handelingsmogelijkheden overwegen,
 - 5) consequenties van voorkeursoptie(s) voor zichzelf inschatten,
 - 6) consequenties van voorkeursoptie(s) voor anderen inschatten,
 - 7) keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze motiveren,

- 8) keuze vanuit doelen en waarden motiveren,
- 9) vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit,
- 10) vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf.
- 8. Vorm een indruk en kom tot een eindoordeel.
- 9. Licht het eindoordeel en de praktische betekenis ervan toe en bespreek de vervolgstappen.
- 10. Leg het eindoordeel en de onderbouwing daarvan schriftelijk vast: heb aandacht voor de wijze waarop de informatie over wilsbekwaamheid wordt vastgelegd in het dossier (zorg dat de onderbouwing en achtergrond eenvoudig zijn terug te vinden).

Gebruik eventueel het [Format beoordeling wilsbekwaamheid](#).

6.1.3 Onderbouwing

Om deze uitgangsvraag te beantwoorden is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Dit leverde 28 studies op, verdeeld over twee zoekvragen. Voor zoekvraag A ('Op welke manier kan een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling het beste uitgevoerd worden?') werden 22 studies gevonden, voor zoekvraag B ('Hoe wordt een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling vastgelegd en teruggekoppeld aan de betrokkenen?') waren dit er zes. (Zie ook [Procesinformatie ontwikkeling handreiking](#) onder Verantwoording). De werkgroep voegde voor zoekvraag A nog zes artikelen toe (onder andere basisliteratuur over wilsbekwaamheid die ook in de module '[Begrip wilsbekwaamheid](#)' is gebruikt) en voor zoekvraag B nog één (over de rol van de (wettelijk) vertegenwoordiger).

De gevonden literatuur betreft vooral kwalitatief onderzoek, casestudies, en reviews (kwalitatief, systematisch, of niet beschreven). De aanbevelingen zijn tot stand gekomen door het combineren van beschikbare literatuur met de expertise van de werkgroepleden (expert opinion).

Criteria voor het beoordelen van wilsbekwaamheid

De vier criteria van Appelbaum en Grisso (1. het kenbaar kunnen maken van een keuze; 2. het vermogen om relevante informatie te begrijpen en te reproduceren; 3. het beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie; 4. het logisch redeneren en het betrekken van de informatie in het overwegen van alternatieven) zijn ondersteunend in het denken over wilsbekwaamheid¹⁹. Verschillende auteurs geven aan dat het goed zou zijn om de zuiver cognitieve criteria van Appelbaum aan te vullen met andere criteria die ook meespelen bij het nemen van beslissingen.

Met name Charland heeft gewezen op de cognitieve focus in de criteria van Appelbaum en Grisso en pleit daarnaast voor het mee laten wegen van emoties. Hij beschrijft echter niet hoe⁶⁸. In lijn hiermee benadrukken Ruissen en Widdershoven dat belangrijke beslissingen in een mensenleven, zoals partnerkeuze, keuze voor een baan of opleiding en keuze voor gezinsuitbreiding, niet worden genomen op basis van overwegend rationele argumentatie, maar mede op basis van emoties⁶⁹. Ook bij ingrijpende beslissingen in de zorg zullen dus vaak andere dan alleen cognitieve argumenten

een rol spelen. Het wordt overigens ook in dit artikel niet duidelijk op welke manier waarden en emoties een plek kunnen krijgen in de beoordeling van de wilsbekwaamheid. Wel is er door verschillende auteurs op gewezen dat ook bij het waarderen van de informatie voor de eigen situatie en bij het overwegen van alternatieven (criterium 3 en 4 van Appelbaum en Grisso) affectieve en aan waarden en doelen gerelateerde factoren meespelen ³¹. Ook Gurrera en co-auteurs laten zien dat waardering en keuzes beïnvloed worden door normen, waarden en emoties ⁷⁰. Banner en Szmukler benadrukken eveneens het belang van het meenemen van waarden en normen, naast cognitieve aspecten ⁷¹. John en co-auteurs komen in een review tot de conclusie dat bij een beoordeling een multidisciplinaire holistische benadering de voorkeur heeft ⁷². Hierbij moeten subjectieve en objectieve aspecten, evenals voorgeschiedenis en heteroanamnese in de beoordeling meegenomen worden. Zoals ook in de module '[Het begrip wilsbekwaamheid](#)' is beschreven, zijn volgens Faden & Beauchamp, Workman en co-auteurs en Naik en co-auteurs niet alleen cognitieve en emotionele functies van belang bij wilsbekwaamheid ^{31 14 32}. Zij merken ook intentionaliteit en vrijwilligheid aan als belangrijke aspecten van wilsbekwaamheid, waar ook tijdens een wilsbekwaamheidsbeoordeling aandacht voor moet zijn.

Liégeois pleit voor het integreren van benaderingen die gebaseerd zijn op zowel cognitie als emoties en waarden. Hij werkt dit uit in tien criteria ³⁰:

1. informatie begrijpen,
2. inzicht in eigen situatie verwerven,
3. handelingsmogelijkheden zoeken,
4. handelingsmogelijkheden overwegen,
5. effecten voor zichzelf inschatten,
6. effecten voor anderen inschatten,
7. keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze motiveren,
8. vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit,
9. vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf,
10. keuze vanuit doelen en waarden motiveren.

In de [bijlage Stappen formele wilsbekwaamheidsbeoordeling](#) licht Liégeois bij stap 6 'Beoordeel de verschillende dimensies van wilsbekwaamheid' de beoordelingscriteria toe.

Verskillende manieren voor het uitvoeren van wilsbekwaamheidsbeoordelingen

In 1997 onderzochten Appelbaum & Grisso de toepasbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van de MacCat-T. Dit is een instrument dat uitgaat van de vier door hen geformuleerde criteria voor het beoordelen van wilsbekwaamheid ⁷³. Zij concluderen dat het instrument in geval van twijfel de beoordeling van wilsbekwaamheid kan ondersteunen. Uit de literatuur blijkt echter ook dat er geen gouden standaard is voor de beoordeling van wilsbekwaamheid, niet voor mensen met verworven cognitieve stoornissen en niet voor mensen met een verstandelijke beperking ^{74 75}. Er is slechts beperkt onderzoek gedaan naar wilsbekwaamheid en de testkwaliteiten van de hulpmiddelen. Meer algemeen, los van het gebruik van hulpmiddelen, is de literatuur ook niet eenduidig over de manier waarop een wilsbekwaamheidsbeoordeling uitgevoerd moet worden ⁴².

Siegel onderscheidt op basis van onderzoek naar beleid in ziekenhuizen drie vormen van beoordelingen ⁷⁶ :

1. Top down: met strikte criteria van Appelbaum en Grisso, tools en voorschriften hoe deze toe te passen;
2. Bottom up: met weinig criteria; sterk leunend op een klinisch oordeel; geen beoordeling volgens criteria van Appelbaum en Grisso;
3. Gebalanceerd: met objectieve criteria en een klinisch oordeel; met specificatie van de criteria van Appelbaum en Grisso.

Siegel stelt dat vanuit ethisch perspectief bezien, een gebalanceerd beleid het meest recht doet aan uniformiteit, betrouwbaarheid en validiteit van beoordelingen. Een gebalanceerd beleid beschermt de individuele patiënt tegen te grote verschillen in zienswijze tussen zorgverleners.

Liégeois stelt voor om elk van de tien door hem voorgestelde beoordelingscriteria afzonderlijk te scoren. Dit gebeurt met behulp van het toekennen van plussen, minnen en een toelichting. Verder adviseert hij om de evaluatie op de tien criteria zowel door de beoordelaar (zorgverlener) als door de cliënt en zijn naaste te laten plaatsvinden, om vervolgens de scores naast elkaar te leggen en te bespreken. Dit is een benadering waarin zowel criteria, maar vooral ook de toelichting daarbij, relevant zijn voor het eindoordeel.

Parmar ⁷⁷ komt na een meerjarig onderzoek tot een interprofessioneel model voor een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling, gekoppeld aan een implementatietraject in zorginstellingen. Dit bestaat allereerst uit een goed gedefinieerd en systematisch proces, met formulieren om informatie te ordenen en het onderzoek goed te documenteren. Door de inbreng van meerdere zorgverleners is er diversiteit. Deze aanpak maakt de beoordeling van wilsbekwaamheid voor cliënt en naasten transparant en vermindert het risico dat het oordeel van één zorgprofessional afhangt. Ook Banner ⁷¹ raadt een multidisciplinaire benadering aan, vooral omdat hierdoor naast de cognitieve aspecten van beslisvaardigheid, ook de normen en de waarden van de persoon mee gewogen kunnen worden.

Carabellese ⁷⁵ pleit voor een gestandaardiseerde beoordeling van wilsbekwaamheid. Een gestructureerd interview kan informatie opleveren over de kwaliteit van de beslisvaardigheid. De validiteit van deze informatie is echter moeilijk vast te stellen. Ook Diesfeldt en Teunisse ⁴² hebben een voorkeur voor (semi-)gestructureerde interviews bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid, omdat deze breed inzetbaar zijn en de structuur bijdraagt aan betere overeenstemming tussen verschillende beoordelaars. Pennington ⁷⁸ komt in een review tot de conclusie dat een combinatie van een zorgprofessional of getrainde onderzoeker en een gestructureerd interview of vignetmethode de meest robuuste beoordeling geeft. Vellinga et al. ⁷⁹ laten echter zien dat wilsbekwaamheid ter zake in een hypothetische situatie (zoals die wordt getoetst bij de vignetmethode) niet zonder meer geëxtrapoleerd kan worden naar situaties uit de klinische praktijk. Zij pleiten dan ook voor beoordeling van iemands wilsbekwaamheid voor de kwestie die op dat moment werkelijk speelt, in plaats van beoordeling van wilsbekwaamheid in een hypothetische situatie.

Volgens de handreiking van de British Psychological Society (BPS) ⁸⁰ kan psychodiagnostisch onderzoek informatie opleveren die bruikbaar kan zijn bij de formele wilsbekwaamheidsbeoordeling. Denk hierbij aan onderzoek op het gebied van de verstandelijke vermogens, geheugen, vermogen om te leren, aandacht en concentratie, verbaal begrip en verbale expressie, redeneren, informatieverwerking en executieve functies. Tijdens het onderzoek is het volgens de BPS ook van belang te letten op hoe de cliënt zich aan de onderzoeker toont. Het gaat om zaken als stemming, mate van alertheid, aandacht en assertiviteit, communicatieve vaardigheden, verlegenheid, suggestibiliteit en gevoeligheid voor autoriteit ⁸⁰. In dezelfde BPS-handreiking staat ook dat van een cliënt niet hoeft te worden verwacht dat hij alles weet over de voorliggende keuze. Keuze op basis van de relevante details ('salient details') is voldoende. Ook geeft de BPS-handreiking aan dat hoe zwaarder de voorliggende beslissing weegt, des te meer informatie er ter onderbouwing van het oordeel moet worden verzameld, waar mogelijk uit verschillende bronnen.

Verder is het in de gesprekken ten behoeve van de wilsbekwaamheidsbeoordeling volgens de NIP/NVO-handreiking Toetsing Wilsbekwaamheid 'van groot belang om af te stemmen op de cliënt en zijn (communicatie)niveau'. In de [Richtlijn effectieve interventies LVB](#) zijn daarvoor aanwijzingen opgenomen, zoals het gebruik van korte zinnen, eenvoudig taalgebruik, herhaling en voldoende tijd nemen ⁸¹. Ook heeft het visualiseren van informatie vaak een toegevoegde waarde. In lijn hiermee concludeert Borret ⁸² in zijn onderzoek dat in geval van communicatieve beperkingen zo nodig een logopedist kan worden ingeschakeld. Neumann-Dezaire ⁸³ beschrijft ten slotte dat er voldoende tijd en ruimte moet worden genomen om de wilsbekwaamheid van de cliënt te beoordelen, ook als er sprake is van een hectische situatie.

Beoordelaar

Er is in de literatuur geen overeenstemming over wie de formele wilsbekwaamheidsbeoordeling uit zou moeten voeren. In de WGBO staat niet helder beschreven wie de wilsbekwaamheid beoordeelt, behalve dat dit om 'de zorgverlener' gaat ⁴⁶. Volgens Hein et al. zou de beoordeling van de wilsbekwaamheid tot het algemeen medisch handelen van iedere zorgverlener moeten behoren ⁴⁶. Wanneer er sprake is van complexe wilsbekwaamheidsbeoordelingen, bijvoorbeeld wanneer er naast een verstandelijke beperking ook sprake is van psychiatrische problematiek, is het volgens deze auteurs aangewezen om een psychiater en/of neuroloog te benaderen voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid ⁴⁶. Case ⁸⁴ wijst op het risico van medicalisering van wilsbekwaamheidsbeoordelingen door er te specifiek het domein van de arts en in het bijzonder de psychiater van te maken. Zij beschouwt wilsbekwaamheid als een sociaal construct en wijst op het belang van het meenemen van de perspectieven van naasten.

In de Wzd staat dat iedere deskundige in eerste instantie de wilsbekwaamheid van een cliënt ter zake van onvrijwillige zorg mag beoordelen. Een niet bij de zorg betrokken deskundige beoordeelt bij onenigheid met de vertegenwoordiger van de cliënt over de wilsbekwaamheid ter zake de onvrijwillige zorg in tweede instantie de wilsbekwaamheid. De wet stelt geen eisen aan de deskundigen die in eerste of in tweede instantie de wilsbekwaamheid van een cliënt beoordelen. Zorgorganisaties hebben hier dus de ruimte om te bepalen wie zij met deze taak belasten. De Wzd

verwijst echter wel naar beoordeling volgens ‘gangbare richtlijnen’ en daarin kunnen wel nadere deskundigheidsvoorwaarden worden gesteld.

Er worden in de literatuur verschillende eisen aan de beoordelaar gesteld. Widdershoven e.a.⁸⁵ pleiten voor praktische wijsheid bij het beoordelen van wilsbekwaamheid. De NIP/NVO-handreiking⁵ noemt diezelfde praktische wijsheid en gebruikt inzichten uit de presentiebenadering⁸⁶ om het begrip verder uit te werken voor de zorg. In deze benadering wordt oarmd dat zorgverleners zich ‘bemoeien’ met het leven van een cliënt door morele oordelen over diens leven te geven, in plaats van dat de zorgverlener zich verschuilt achter procedures en protocollen. Een praktisch wijze zorgverlener begrijpt waar het bij de ondersteuning en dus ook een toetsing uiteindelijk om draait en wat er voor een cliënt op het spel staat. Ook moet de praktisch wijze professional vrij kunnen waarnemen: wat is hier eigenlijk nodig, welk moreel goed is in het geding? Appelbaum⁸⁷ spreekt van ‘een ervaren en deskundig behandelaar’ als geschikte beoordelaar. Ook Owen⁸⁸ vindt het belangrijk dat de beoordelaar ervaring heeft in het beoordelen van de beslisvaardigheid van cliënten en dat deze daarbij wordt ondersteund met informatie van personen die de cliënt kennen (familie, vrienden, arts, verpleegkundige). Voor het kunnen toepassen van een dergelijke holistische interdisciplinaire aanpak, die ook volgens Parmar⁷⁷ essentieel is, is een verregaande samenwerking tussen disciplines onmisbaar⁸⁹. Ook dient de beoordelaar over goede communicatieve vaardigheden te beschikken waardoor de communicatie op de cliënt en anderen afgestemd kan worden⁷¹. In de handreiking wilsbekwaamheid van de British Psychological Society (2019) staat dat psychologen geacht worden op de hoogte te zijn van relevante jurisprudentie over het gebied waar de beslissing onder valt⁸⁰. Ook wordt de beoordelaar geadviseerd om voor een beoordeling al zo veel mogelijk helder te hebben over welke informatie een cliënt moet beschikken en in welke mate, om als wilsbekwaam te worden beoordeeld⁸⁰. Lamont⁹⁰ concludeert in een review dat zorgprofessionals onvoldoende kennis hebben over de juridische en ethische aspecten van wilsbekwaamheid. Davidson en co-auteurs⁶⁶ concluderen in hun review dat het trainen van zorgverleners in het ondersteunen van beslisvaardigheid de bekwaamheid van de professional bevordert. Ook de thematische wetsevaluatie Wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging komt tot de conclusie dat er onder hulpverleners nog veel onduidelijkheid bestaat over thema’s als wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging. In het wetsevaluatierapport pleiten de onderzoekers daarom voor meer scholing en een implementatieprogramma gericht op meer kennis en begrip over wilsbekwaamheid^{48 37}.

Na een wilsbekwaamheidsbeoordeling

Onderzoek dat expliciet gericht is op hoe een wilsbekwaamheidsbeoordeling (zoekvraag B) wordt vastgelegd en wie daar toegang toe hebben, is met de gedane search niet gevonden. Wel benoemt de literatuur dat na een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling de beslissing met de cliënt en naasten moet worden besproken. Wade en Kitzinger (2019) geven aan dat het belangrijk is om na een beoordeling naasten te betrekken bij het bepalen van vervolgstappen die het beste passen bij (de situatie van) de cliënt⁹¹. De Gezondheidsraad (2019) raadt zorginstellingen aan om vertrouwenspersonen aan te stellen voor ondersteuning van vertegenwoordigers⁹².

Hoewel de gevonden literatuur niet expliciet ingaat op de vastlegging van wilsbekwaamheidsbeoordelingen, worden er wel suggesties gedaan op dit punt. Diesfeldt en Teunisse ⁴² benadrukken het belang van het vastleggen van de formele wilsbekwaamheidsbeoordeling in het medisch dossier. Ze geven aan dat de betrokken zorgverlener moet aangeven op basis van welke overwegingen tot het oordeel over de wilsbekwaamheid is gekomen. Zo moet hij verantwoorden welke redenen er waren om de wilsbekwaamheid ter zake een voorliggende beslissing te beoordelen, welke informatie aan de cliënt is verstrekt en wat de reactie van de cliënt was. Daarnaast stellen zij dat het van belang is dat wordt beschreven hoe dit wilsbekwaamheidsoordeel tot stand is gekomen en welke deskundigen daarbij zijn geraadpleegd. De handreiking van de British Psychological Society (2019) raadt aan om te vermelden hoe de cliënt zich tijdens de beoordeling aan de beoordelaar toonde ⁸⁰. Wade en Kitzinger geven aan dat er in sommige gevallen op termijn verbetering in de wilsbekwaamheid kan worden verwacht ⁹¹. Er wordt daarom aangeraden in dergelijke gevallen een herzieningsdatum voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid te bepalen en vast te leggen.

Conclusie uit de literatuur

Uit de literatuur ⁸⁷ blijkt dat de vier criteria van Appelbaum en Grisso vaak (nog) uitgangspunt zijn bij de beoordeling van wilsbekwaamheid, maar dat een betrouwbaar oordeel maatwerk is waarbij rekening moet worden gehouden met intra-individuele factoren als moeheid, onzekerheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook leggen de criteria van Appelbaum en Grisso volgens steeds meer auteurs de nadruk te veel op de cognitieve vermogens van een persoon in de beoordeling van de wilsbekwaamheid ⁸⁷, terwijl emoties ^{68 30} en waarden ³⁰ ook een rol spelen in de besluitvorming. Bij wilsbekwaamheid zijn ook vrijwilligheid en intentionaliteit - als onderdeel van de executieve functies - van belang als aspecten van wilsbekwaamheid die relevant zijn voor (het zich een voorstelling maken van) de uitvoering van een keuzeoptie ^{14 31 32}.

Er wordt verder gepleit voor een systematische, interdisciplinaire teamaanpak bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid, waarbij de waarden en wensen van de cliënt meegenomen worden ^{74 55}. Psychodiagnostiek en meetinstrumenten kunnen volgens de gevonden literatuur helpend zijn bij het identificeren van specifieke beperkingen, maar zijn niet conclusief. Verder wordt genoemd dat het belangrijk is om de effecten van culturele achtergrond, geletterdheid en gezondheidsvaardigheden in de overwegingen mee te nemen en rekening te houden met eventuele communicatieve beperkingen. De gevonden literatuur beschrijft ook dat een beoordelaar kennis over de cliënt moet verzamelen door op een betrouwbare, accurate en systematische manier de cliënt en naasten te interviewen. Ook het ophalen van informatie bij eerdere (eerstelijns)zorgprofessionals, de biografie, de medische voorgeschiedenis, wilsverklaringen en (afspraken omtrent) [proactieve zorgplanning](#) geven input voor een beoordeling. En uiteraard dragen actuele informatie vanuit het multidisciplinaire behandelteam en van andere betrokken zorgverleners hier ook aan bij.

Wie de beoordeling uitvoert, hangt volgens de literatuur af van onder meer de aanleiding, urgentie en setting. Een beoordeling zou moeten worden gedaan door een ervaren en deskundige zorgprofessional die naast de cognitieve aspecten in staat moet zijn de normen en waarden van de persoon mee te wegen, evenals zijn emotioneel functioneren. Dit vraagt van de beoordelaar een

holistische benadering en gepaste communicatieve vaardigheden. De beoordelaar moet beperkingen in de beslisvaardigheid kunnen identificeren en systematisch in kaart kunnen brengen. Luisteren naar de persoon, het stellen van open vragen naar wensen en voorkeuren, en het geven van heldere, eenvoudig (geschreven) informatie zijn daarbij basisvaardigheden.

Bij de beoordeling worden volgens de literatuur in elk geval de cliënt, zijn naasten, en eventuele (persoonlijke) gemachtigden of mentoren betrokken. Voor ondersteuning van de cliënt kan het nodig zijn een professional in te zetten die getraind is in meer algemene of specifieke ondersteuning (zorgtraject-begeleider, casemanager, logopedist, maatschappelijk werker, tolk). Ook naasten kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

Om een grondige multidisciplinaire wilsbekwaamheidsbeoordeling mogelijk te maken, moeten zorginstellingen en zorgverleners bereid zijn om relevante juridische en ethische aspecten en professionele standaarden up-to-date te houden. Dit moet volgens de literatuur ook gefaciliteerd worden, waarvoor een houdingsverandering van zorginstellingen en zorgverleners nodig kan zijn.

Onderzoek dat expliciet gericht is op hoe en wat er na een wilsbekwaamheidsbeoordeling wordt vastgelegd en wie daar toegang toe hebben, is met de uitgevoerde search niet gevonden. In verschillende artikelen worden wel aanbevelingen gedaan. Er wordt beschreven dat het essentieel is de volgende onderdelen van het wilsbekwaamheidsproces te documenteren: de aanleiding, een samenvatting van de vragen, de antwoorden en de onderbouwde conclusie. Het letterlijk citeren van antwoorden van de cliënt heeft daarbij meerwaarde. Een aantal artikelen adviseert ook om de wilsbekwaamheid ter zake van een beslissing (zo nodig) te blijven evalueren en om vast te leggen wanneer dat evalueren moet plaatsvinden.

6.1.4 Overwegingen

De werkgroep heeft op basis van de eigen expertise en ervaringen uit de praktijk een afweging gemaakt van de zaken die in de literatuur beschreven worden.

Systematisch proces en geïntegreerde benadering

De werkgroep is het met de literatuur eens dat de formele wilsbekwaamheidsbeoordeling een goed gedefinieerd en systematisch proces moet zijn. Een stappenplan zoals beschreven in de handreiking voor orthopedagogen en psychologen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (2020) kan hierbij nuttig zijn ⁵. Een stappenplan biedt houvast en structuur en tegelijkertijd ruimte voor de individuele invulling door de beoordelaar. Hierbij merkt de werkgroep wel op dat het volgen van een stappenplan geen doel op zich moet worden. Afhankelijk van de situatie van de cliënt kunnen stappen aangepast, overgeslagen of toegevoegd worden.

Daarnaast vindt de werkgroep, conform de ontwikkelingen in het denken over wilsbekwaamheid zoals beschreven in de module '[Het begrip wilsbekwaamheid](#)', dat een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling zich niet mag beperken tot toetsing op uitsluitend cognitieve criteria. Uit de gevonden literatuur (zie onderbouwing) wordt het belang genoemd van een holistische benadering waarin naast cognitie ook emoties en waarden, en vrijwilligheid en intentionaliteit van

denken en handelen, geïntegreerd zijn ^{14 71 70 72 31 32}. Er is geen wetenschappelijke literatuur gevonden waarin over ervaringen met en de opbrengst van een dergelijke geïntegreerde benadering gerapporteerd wordt. Toch meent de werkgroep dat deze benadering de voorkeur heeft boven een benadering waarin slecht enkele aspecten van wilsbekwaamheid aan bod komen. Zij komt tot deze conclusie op basis van bovengenoemde literatuur, waarin het belang van een geïntegreerde benadering duidelijk wordt, en haar eigen expertise. Uit het literatuuronderzoek werd ook duidelijk dat de criteria zoals geformuleerd door Liégeois alle in de literatuur als relevant genoemde aspecten van wilsbekwaamheid adequaat samenbrengt ³⁰. Daarom neemt de werkgroep deze criteria grotendeels over.

Beoordelaar

De werkgroep kan zich grotendeels vinden in de eisen die in de literatuur (zie onderbouwing) aan de beoordelaar worden gesteld. De werkgroep brengt daar echter enkele nuances en aanvullingen in aan.

Competenties beoordelaar

Een deel van de competenties die nodig zijn voor het beoordelen van wilsbekwaamheid vallen volgens de werkgroep onder algemene bekwaamheden waarover elke professional in principe zou moeten beschikken. Toch is in de praktijk niet iedere zorgverlener toegerust om een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling te doen. Er zijn volgens de werkgroep ook een aantal specifieke competenties voor het beoordelen van wilsbekwaamheid. De werkgroep vindt dat de beoordelaar over de volgende *algemene* competenties moet beschikken (deels gebaseerd op '[Competentieset Samen Beslissen](#)')

- Heeft ervaring in het vak en in het leven.
- Heeft empathie.
- Gaat uit van de persoonlijke voorkeuren en context van de cliënt
- Heeft reflectief vermogen, gericht op het eigen handelen/aandeel en bewust van eigen waarden en normen.
- Heeft uitstekende schriftelijke en gespreksvaardigheden en afstemming op cliënt (begripsniveau, communicatie, leefwereld).
- Is in staat om te gaan met beïnvloeding door derden.

Daarnaast zou de beoordelaar over de volgende *specifieke* competenties moeten beschikken:

- Is getraind in ondersteunen van beslisvaardigheid, en houdt competenties voor wilsbekwaamheidsbeoordeling op peil door regelmatige uitvoering, scholing en intervisie. Hiervoor zou volgens de werkgroep:
 - een opleidingsaanbod gecreëerd moeten worden,
 - kwaliteitseisen geformuleerd moeten worden in de vervolgoopleidingen voor specialisten ouderengeneeskunde, artsen VG, orthopedagogen, psychologen, verpleegkundig specialisten en eventueel andere professionals,
 - een normering geformuleerd moeten worden door de beroepsgroepen. Bijvoorbeeld over het aantal keer dat een ondersteuning/beoordeling van wilsbekwaamheid onder supervisie

gedaan moet worden voordat een hulpverlener dit zelfstandig mag doen.

- Heeft kennis van relevante ethische aspecten en juridische kaders.
- Is in staat een psychiatrisch beeld en neuropsychologische problemen te herkennen.
- Heeft kennis van cognitieve en emotionele problematiek.
- Heeft besef van de morele zwaarte van dit proces. De beoordelaar moet zich ervan bewust zijn dat een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling zwaar kan zijn voor een cliënt en emoties kan oproepen.
- Is in staat zo nodig relevante andere disciplines (zoals een logopedist) tijdig te betrekken.

Welke zorgverlener treedt op als beoordelaar?

Het uitvoeren van een wilsbekwaamheidsbeoordeling stelt hoge eisen aan de beoordelaar. De werkgroep is daarom van mening dat een beoordelaar zich altijd de vraag zou moeten stellen of hij zichzelf voldoende bekwaam acht in algemene zin, maar ook of het nodig is om bij de voorliggende beoordeling een collega mee te laten kijken. Gezien de doelpopulatie van de huidige handreiking, betekent dit volgens de werkgroep dat onder meer de specialist ouderengeneeskunde, arts VG, psycholoog en orthopedagoog en verpleegkundig specialist in samenspraak met geschikte collega's de beoordeling (mede) kunnen uitvoeren.

Bij een complexe wilsbekwaamheidsbeoordeling of casus kan een multidisciplinair team worden samengesteld. De zorgverlener bepaalt in overleg met de cliënt en eventueel zijn naaste of en welke andere zorgverleners aan het team worden toegevoegd.

Het is ook van belang stil te staan bij de vraag of de beoordeling al dan niet door een zorgverlener uitgevoerd wordt die bij de zorg aan de cliënt betrokken is. De werkgroep noemt een aantal overwegingen die behulpzaam kunnen zijn om deze vraag te beantwoorden:

- Het hebben van een vertrouwensrelatie met de cliënt. De uitkomst van een beoordeling, zeker als de cliënt het hier niet mee eens is, kan de relatie tussen cliënt en zorgverlener bemoeilijken/schaden. Dit kan een reden zijn om een beoordelaar te zoeken die niet bij de zorg betrokken is.
- Objectiviteit. Een bij de cliënt betrokken zorgverlener staat dichterbij. Dit kan het lastiger maken om tot een objectieve beoordeling te komen.
- Kennis over de cliënt. Omgekeerd kan het ook een voordeel zijn als de beoordelaar een bij de zorg betrokken zorgverlener is, door grotere kennis over de cliënt en hoe deze te ondersteunen.
- Efficiëntie. Als een bij de zorg betrokken zorgverlener een beoordeling doet, zal dit vaak minder tijd kosten omdat hij de cliënt al kent en dus minder tijd nodig heeft voor het verzamelen van informatie over de cliënt. Ook reistijd kan een overweging zijn.
- Onafhankelijkheid. Het kan van belang zijn dat de beoordeling door een zorgverlener wordt gedaan die niet bij de zorg van de cliënt betrokken is.

Het is aan de zorgverlener, eventueel in overleg met de cliënt en vertegenwoordiger, om deze afweging te maken. Wel is het zo dat een zorgverlener nooit op verzoek van derden een wilsbekwaamheidsbeoordeling van een aan zijn zorg toevertrouwde cliënt zal doen. Te denken valt in dit verband aan verzoeken van notarissen, advocaten of rechtbanken aan de behandelend arts om

een zogenaamde medische verklaring af te geven met daarin een uitspraak/oordeel over de wilsbekwaamheid van zijn patiënt. Een dergelijke beoordeling vindt niet plaats in het kader van zorg en behandeling en kan daarom uitsluitend door een niet bij de behandeling betrokken deskundige worden verricht. Daarnaast schrijft de Wzd voor dat, als de deskundige en de vertegenwoordiger niet tot overeenstemming komen over de wilsbekwaamheid van de cliënt, een niet bij de zorg betrokken deskundige de wilsbekwaamheid beoordeelt. De niet bij de zorg betrokken deskundige bepaalt vervolgens of het nodig is om alle stappen van de wilsbekwaamheidsbeoordeling opnieuw uit te voeren en wie daarbij betrokken worden. Daarbij kan overwogen worden om de eerst betrokken zorgverlener te betrekken.

Stappenplan wilsbekwaamheidsbeoordeling

De werkgroep heeft de criteria zoals beschreven door Liégeois en de eerder besproken benaderingen en aspecten van wilsbekwaamheid uit de overige literatuur (zie overwegingen en de module '[Het begrip wilsbekwaamheid](#)') geïntegreerd ³⁰. Dit heeft geleid tot enige aanpassingen en ook tot een wijziging in de volgorde van de criteria. Vervolgens zijn de geïntegreerde criteria geplaatst in een stapsgewijze benadering voor de beoordeling. De stappen uit de handreiking voor orthopedagogen en psychologen zijn hierbij als uitgangspunt genomen ⁵. Onderstaande figuur geeft deze stapsgewijze benadering schematisch weer. Een toelichting op de stappen staat in [bijlage II](#). Het [format](#) kan gebruikt worden als leidraad voor de beoordeling en vastlegging ervan. Het [stappenplan](#) is ook apart te downloaden.



Figuur 6.1: Stappenplan formele wilsbekwaamheidsbeoordeling

Verslaglegging

Tijdens en na het uitvoeren van de beoordeling schrijft de beoordelaar een rapportage. Deze moet aan verschillende eisen voldoen. Het [format](#) voldoet aan deze eisen. De werkgroep is zich bewust van de extra administratieve last. Het format kan echter wel een goede ondersteuning bieden.

Het rapport van de beoordelaar zal volgens de werkgroep in ieder geval aan de volgende eisen moeten voldoen ⁹³ :

- Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust.
- Uit het rapport blijkt dat de beoordelaar een geschikte onderzoeksmethode heeft gebruikt om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden.
- In het rapport zet de beoordelaar op inzichtelijke en consistente wijze uiteen op welke gronden de conclusies van het rapport steunen.
- Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust (zowel gebruikte literatuur/documentatie als geconsulteerde personen).
- De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid

In aanvulling hierop noemt de werkgroep de volgende zaken, conform Diesfeldt en Teunisse, die vastgelegd zouden moeten worden:

- Door wie is de cliënt geïnformeerd over beoordeling (voor de beoordeling en erna over het oordeel)?
- Wie is de beoordelaar en wie is er eventueel nog meer bij de beoordeling betrokken?
- Datum en plaats van de beoordeling.
- Aanleiding voor de formele beoordeling: belangrijke kwestie ter zake (de voorliggende beslissing), reden tot twijfel over de beslisvaardigheid en beargumenteerde noodzaak tot toetsing van de wilsbekwaamheid (zie beslisboom onderaan: eisen aan handelingsperspectieven, proportionaliteit, alternatieven voor beoordeling overwogen) Persoonlijke context van de cliënt als dit van toepassing is (woonomgeving, familie, etc.)
- Manier waarop informatie aan cliënt is verstrekt (in één keer, in stappen, gebruik van hulpmiddelen etc.) Deze informatie kan ook helpen bij een volgende wilsbekwaamheidsbeoordeling.
- Bevindingen: illustreer waar wils(on)bekwaamheid zichtbaar wordt.
- Eindoordeel over de wilsbekwaamheid en de onderbouwing daarvan.
 - NB: Zowel bij het oordeel wilsbekwaamheid als wilsonbekwaamheid.
- In geval wilsonbekwaamheid: leg vast wie dan gaat beslissen namens de cliënt en wie hiervan op de hoogte is gesteld (bijv.: begeleidings-/zorgteam). NB: Als er sprake is van een onafhankelijke (niet bij de zorg betrokken) beoordelaar ligt de uitwerking van de beslissing voor het behandelbeleid en de verantwoordelijken bij de behandelaar. Dan stopt de rapportage na het eindoordeel.
- Overige rollen en verantwoordelijkheden van de betrokkenen na de beoordeling.
- Aanbevelingen voor de toekomst voor het optimaliseren van wilsbekwaamheid en het ondersteunen beslisvaardigheid.
- (her)Evaluatie: als verandering in conditie verwacht wordt die van invloed is op de beslisvaardigheid. Of als er twijfel ontstaat over de juistheid van de beoordeling. Er kan dan overwogen worden een (extra) MDO of second opinion te vragen.
- Evaluatiedatum als de kwestie actueel blijft
- Geldigheids termijn. In het kader van de Wzd is de geldigheids termijn in eerste instantie drie maanden. Bij een persoon met dementie is het mogelijk minder zinvol om de wilsbekwaamheidsbeoordeling na drie maanden te evalueren omdat het een progressief ziektebeeld is. Onvrijwillige zorg moet, afhankelijk van de stap in het Wzd-stappenplan, elke zes maanden geëvalueerd worden (Wzd). Er kan bij de beoordeling ook een andere geldigheids termijn (korter dan een half jaar) opgegeven zijn als de situatie daar aanleiding toe geeft. Bijvoorbeeld in het geval van een alcoholafhankelijkheid of angststoornis die in korte tijd verholpen kan worden. In de Wgbo wordt geen kader gegeven voor een geldigheids termijn, in de praktijk gebeurt dit vaak jaarlijks. De geldigheids termijn is tot de volgende bespreking.
- Reikwijdte. Er kan in incidentele gevallen overwogen worden om in het dossier aan te geven of de beoordeling ook voor vergelijkbare beslissingen geldt.

7. Bijlagen

Autorisatiedatum 19-12-2023 Beoordelingsdatum 19-12-2023

7.1 Bijlage I: Aandachtspunten ondersteunen beslisvaardigheid

De werkgroep heeft de volgende aandachtspunten bij het herkennen van beslisvaardigheidsbeperkingen en het ondersteunen van beslisvaardigheid geformuleerd:

1: Beslisvaardigheid speelt zowel bij alledaagse beslissingen als bij keuzes met mogelijke ernstige gevolgen een rol. Hoe ernstiger de gevolgen van de beslissing, hoe hoger de eisen zijn die moeten worden gesteld aan de beslisvaardigheid en aan de ondersteuning daarvan. Respecteer besluiten van de cliënt tenzij deze kunnen leiden tot ernstig nadeel.

2: Heb altijd (ook wanneer er geen beslissing voorligt) voldoende oog voor beslisvaardigheid van de cliënt en de professionele verantwoordelijkheid als zorgverlener en begeleider hierbij:

- Houd doorlopend aandacht voor het begripsvermogen van de cliënt.
- Neem beslisvaardigheidsondersteuning op in het zorgbehandelplan.
- Signaleer veranderingen in gedrag (zoals cognitieve achteruitgang, onrust, somberheid) en wees er alert op dat deze invloed kunnen hebben op het begripsvermogen en de beslisvaardigheid.
- Stimuleer cliënten in hun zeggenschap; reageer positief wanneer ze uiten wat ze denken en voelen, wees uitnodigend, beloon het stellen van vragen en het geven van een eigen mening, sta naast de cliënt en kijk vanuit hetzelfde perspectief.
- Bespreek ook met eventuele naasten dat de focus ligt op ondersteuning van de beslisvaardigheid en dat er weggebleven wordt van een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling.
- Houd de grenzen van de eigen professie en competenties scherp en schakel wanneer nodig een collega van een andere discipline in (denk aan een logopedist, orthopedagoog/psycholoog, verpleegkundig specialist, arts verstandelijk gehandicapten/specialist ouderengeneeskunde of psychiater).
- Laat het eigen oordeel over (het leven van) de cliënt geen rol spelen. Organiseer zo nodig intercollegiaal overleg of intervisie waarin dit punt aan de orde komt.

3. Wanneer er een beslissing met mogelijk ernstig gevolg voorligt bij de cliënt, wees dan alert op signalen van mogelijke beperkingen in de beslisvaardigheid. Voorbeelden hiervan zijn: de cliënt geeft herhaaldelijk een antwoord dat niet past bij de vraag, laat een emotie zien die niet past bij het antwoord of is zonder duidelijke reden ineens een andere mening toegedaan.

- Wees je ervan bewust dat dergelijke signalen ook op iets anders kunnen wijzen dan

verminderde beslisvaardigheid. Als iemand bijvoorbeeld onlangs van woonomgeving is veranderd, kan dit ontregelend werken. Onderzoek deze signalen daarom altijd. Schakel waar nodig andere disciplines in.

4: Als onderzoek het vermoeden van verminderde beslisvaardigheid niet wegneemt, zet dan in op het optimaal ondersteunen van de beslisvaardigheid. Volg hierbij de volgende stappen:

- A. Breng de actuele situatie van de cliënt voor zover deze samenhangt met beslisvaardigheid in beeld*:
 1. Vaardigheden, beperkingen en andere factoren die de beslisvaardigheid kunnen beïnvloeden (vooral cognitief, emotioneel en somatisch functioneren). Denk hierbij ook aan gehoorapparaat en bril.
 2. Wat kan en wil de cliënt ten aanzien van de beslissing en eventuele beslisvaardigheidsondersteuning. Vraag bijvoorbeeld: 'Mag ik met je meedenken?'
 3. De cliënt als persoon: aansluiten bij de leefwereld, achtergrond en overtuigingen van de cliënt, waaronder sociaal-economische en etnische verschillen.
 4. De sociale omgeving en leefomgeving van de cliënt.
- B. Optimaliseer de beslisvaardigheid aan de hand van informatie verkregen bij stap 4A (actuele situatie cliënt):
 1. Maak duidelijke afspraken over het ondersteunen van de beslisvaardigheid en leg deze vast.
 2. Zorg voor een optimale gesteldheid van de cliënt: neem belemmeringen weg of stel zo nodig (indien mogelijk) de beslissing uit.
 3. Maak de cliënt zo goed mogelijk duidelijk om welke beslissing(en) het precies gaat.
 4. Houd het gesprek op een plek waar voldoende rust is en de cliënt zich prettig voelt.
 5. Zorg voor een optimale sociale setting, betrek naasten als de cliënt dit wenst. Wees ook bij naasten alert op eventuele laaggeletterdheid of beperkte gezondheidsvaardigheden.
 6. Optimaliseer de communicatie met de cliënt: (1) stel jezelf op de hoogte van verschillende communicatieve mogelijkheden (verbaal, gebarentaal, gebruik van film, tekeningen, praatplaten, eigen woorden) en methoden om na te gaan wat de cliënt begrepen heeft (bijvoorbeeld: [Terugvraagmethode](#)), en pas deze toe; (2) maak gebruik van de informatie verzameld onder 4.A (actuele situatie cliënt) en stem de communicatie hierop af; (3) schakel zo nodig een tolk in.
- C. Zorg voor de randvoorwaarden:
 1. Zorg als organisatie voor voldoende tijd en middelen.
 2. Zet de cliënt centraal (werk persoonsgericht en cultuursensitief).
 3. Zorg voor onderling vertrouwen tussen cliënt, zorgverlener en eventueel naasten. Houd tegelijkertijd voldoende afstand.
 4. Stel je open op en wees je bewust van je eigen (culturele) waarden. Laat het eigen oordeel over de beslissing of over de cliënt geen rol spelen.
 5. Wees alert op ongepaste beïnvloeding en op mogelijke afhankelijkheidsrelaties tussen zorgverlener en cliënt of naaste.

6. Wees alert op overbelasting van naasten en op eventuele argwaan richting professionele ondersteuning.

* Dit gebeurt door middel van:

- Gesprek(ken) met de cliënt
- Als de cliënt daarmee instemt, gesprekken met anderen die de cliënt goed kennen zoals naasten en andere betrokkenen en zorgverleners
- Overweeg medisch onderzoek door arts
- Overweeg [psychodiagnostiek](#) door orthopedagoog of psycholoog gericht op het in kaart brengen van actuele psychische mogelijkheden en beperkingen en andere factoren die van invloed kunnen zijn op de beslisvaardigheid.

7.2 Bijlage II: Stappen formele wilsbekwaamheidsbeoordeling

De werkgroep heeft op basis van de literatuur, andere handreikingen en eigen expertise een stappenplan opgesteld voor het uitvoeren van een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling.

Belangrijke basis hiervoor vormen de stappen zoals beschreven in de handreiking voor psychologen en orthopedagogen en de criteria uit de literatuur zoals samengebracht door Liégeois^{30 5}.

Hieronder volgt eerst een schematisch overzicht van het stappenplan. Vervolgens wordt elke stap toegelicht. Het [format Formele wilsbekwaamheidsbeoordeling](#) kan gebruikt worden als leidraad voor de beoordeling en de vastlegging ervan.



Stap 0. Bepaal of een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling werkelijk nodig is

Check of alles in het werk is gesteld om de beslisvaardigheid van de cliënt ter zake van de voorliggende beslissing te optimaliseren (zie module '[Ondersteunen van de beslisvaardigheid](#)'). Alleen als het antwoord op deze vraag positief is, kan een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling worden overwogen. Gebruik de beslisboom ([hier](#) te downloaden) en de toelichting in module '[Wanneer wilsbekwaamheid formeel beoordelen?](#)' om te bepalen of een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling werkelijk nodig is. Bereid de cliënt goed voor door uitleg te geven over de achterliggende reden en het doel van de beoordeling en maak ook duidelijk wat de beoordeling op hoofdlijnen behelst. Bijvoorbeeld door te zeggen: ik wil graag weten hoe u tot uw beslissing gekomen bent en of u alle informatie die hier belangrijk voor is goed hebt begrepen. Dat is voor mij als zorgverlener/behandelaar heel belangrijk.

Stap 1. Bepaal wie de beoordeling uitvoert

Onder meer de specialist ouderengeneeskunde, arts VG, psycholoog en orthopedagoog en verpleegkundig specialist kunnen in samenspraak met geschikte collega's de beoordeling (mede) uitvoeren. Bij complexe wilsbekwaamheidsbeoordelingen of casus kan een multidisciplinair team worden samengesteld. De zorgverlener bepaalt in overleg met de cliënt en eventueel zijn naaste of

en welke andere zorgverleners aan het team worden toegevoegd.

Het uitvoeren van een wilsbekwaamheidsbeoordeling stelt hoge eisen aan de beoordelaar. Een beoordelaar zou zich daarom altijd de vraag moeten stellen of hij zichzelf voldoende bekwaam acht in algemene zin, maar ook of het nodig is om bij de voorliggende beoordeling een collega mee te laten kijken. De beoordelaar moet volgens de werkgroep ervaren en getraind zijn in het ondersteunen van wilsbekwaamheid, en competenties m.b.t. wilsbekwaamheidsbeoordeling op peil houden door regelmatige uitvoering, scholing en intervisie. Verder moet de beoordelaar volgens de werkgroep transparant zijn over zijn werkwijze, gedachtegang en afwegingen.

Ten slotte is het van belang stil te staan bij de vraag of de beoordeling door een zorgverlener uitgevoerd wordt die bij de zorg van de cliënt betrokken is. Zie module '[Beoordelen en vastleggen](#)' voor de in dit verband relevante afwegingen.

Stap 2. Informeer cliënt en naaste(n) over de beoordeling

Informeer de cliënt, en als de cliënt daarmee instemt, zijn naaste(n) over de aanleiding voor de beoordeling (de beslissing/taak) en waarom een beoordeling nuttig is. De beoordelaar moet volgens de werkgroep transparant zijn in de overwegingen voor het uitvoeren van een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling. Verder is het zowel bij het ondersteunen van beslisvaardigheid (zie module '[Het ondersteunen van de beslisvaardigheid](#)') als bij het beoordelen van wilsbekwaamheid, belangrijk dat de cliënt zich gekend voelt in het traject. Goede uitleg is daarom essentieel. Wees daarbij ook bij naasten alert op eventuele laaggeletterdheid of beperkte gezondheidsvaardigheden.

De cliënt moet ook op het juiste moment geïnformeerd worden. Als dat te kort van tevoren is gedaan, kan dat ervoor zorgen dat de informatie onvoldoende is verwerkt. Als er daarentegen te lange tijd zit tussen het informeren en het beoordelingsgesprek, kan het zijn dat informatie al weer is vergeten. Voorafgaand aan een beoordeling dient de betreffende cliënt in te stemmen met de beoordeling. Wanneer deze niet instemt, ook nadat voor optimale gespreksomstandigheden is gezorgd (stap 5), kan onvrijwillige zorg aangewezen zijn.

Check voor het maken van de afspraken voor de beoordeling of de cliënt is geïnformeerd ter zake van de beslissing en op welk moment.

Stap 3. Formuleer doel beoordeling en bepaal eisen voor wilsbekwaamheid

De werkgroep benadrukt allereerst nogmaals dat het altijd gaat om een wilsbekwaamheidsbeoordeling *ter zake van* een bepaalde taak of beslissing. Omschrijf daarom zo precies mogelijk op welke kwestie de beoordeling betrekking heeft en maak globaal een inschatting van de voorwaarden waaraan een cliënt moet voldoen om als wilsbekwaam te worden beoordeeld.

Stap 4. Globaal beeld

Voor het uitvoeren van de wilsbekwaamheidsbeoordeling is het belangrijk een globaal beeld te vormen van de cliënt. Het gaat hier bijvoorbeeld om kennis over het levensverhaal, informatie uit (hetero)-anamnese, persoonsbeschrijving, handelingswijzen, waarden, normen, cultuur en religie. Ga ook na of er beperkingen zijn die de wilsbekwaamheid (mogelijk) beïnvloeden en of deze kunnen worden weggenomen of gecompenseerd voordat de beoordeling plaatsvindt. Denk hierbij

bijvoorbeeld aan medicatiegebruik, communicatiebeperkingen of angst.

Bovenstaande informatie kan verzameld worden door gesprekken met de cliënt en betrokkenen die de cliënt goed kennen (naasten, zorgverleners en andere belangrijke derden) en door het raadplegen van documentatie over eerdere beslissingen van de cliënt. Belangrijk hierbij is dat het perspectief van de cliënt, naaste en zorgverlener meegenomen wordt en dat dus zowel praktijkkennis over de cliënt als professionele kennis wordt verzameld. In dit informatieverzamelproces kan blijken dat het begrip van de cliënt door de verstrekte informatie zodanig ondersteund wordt dat er een oplossing komt voor het voorliggende probleem en er geen formele beoordeling meer nodig is.

Als onderdeel van of als voorbereiding op een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling kan een beoordelaar gebruik maken van al verricht (neuro)psychologisch onderzoek, mits de bevindingen daarvan nog actueel zijn en relevant voor de voorliggende taak/beslissing. nodig. Zo kan dit onderzoek, zoals onderzoek naar verstandelijke vermogens, vermogen om te leren, verbale vaardigheden en executieve functies, herhaald worden.

Stap 5. Zorg voor optimale (gespreks)omstandigheden

Voor een goede voorbereiding en beoordeling is het belangrijk voldoende tijd te nemen, bijvoorbeeld om goed contact te maken met de cliënt. Daarom kan het handig zijn meerdere gesprekken in te plannen. Vaak zullen meerdere kortere gesprekken meer opleveren dan een lang gesprek. Voor deze gesprekken is het belangrijk te zorgen voor optimale omstandigheden. De werkgroep adviseert het volgende:

- Vraag van tevoren of de cliënt de aanwezigheid van vertrouwde personen (vaak naasten of vertegenwoordigers) op prijs stelt. De taken van deze persoon of personen bestaan uit het ondersteunen van de cliënt door bijvoorbeeld zaken voor de cliënt te verduidelijken of uit mentale ondersteuning.
- Vraag of leg uit wat het doel van het gesprek is en hoe het vervolg eruit zal zien.
- Net als bij het ondersteunen van beslisvaardigheid moeten belemmeringen zo veel mogelijk weggenomen worden. Plan het gesprek op een moment waarop de mentale en fysieke toestand van de cliënt optimaal zijn en kies bijvoorbeeld een moment op de dag waarop de cliënt doorgaans helder is.
- Zorg voor een rustige omgeving.
- Pas de gebruikte taal aan op het begrips- en taalniveau en belevingswereld van de cliënt.
- Geef de cliënt zo veel mogelijk ruimte om te vertellen en voer geen druk op hem uit.
- Check regelmatig of de cliënt het begrepen heeft en jij hem goed hebt begrepen (zie ook module '[Wanneer wilsbekwaamheid beoordelen?](#)').
- Houd een lijstje met de tien criteria van wilsbekwaamheid bij de hand (zie stap 6). Het kan helpend zijn om al tijdens de voorbereiding mogelijke vragen te bedenken en op te schrijven.
- Het gebeurt niet zelden dat de cliënt tijdens of door een beoordelingsgesprek nieuwe inzichten over de voorliggende beslissing ontwikkelt.

Stap 6. Beoordeel de verschillende dimensies van wilsbekwaamheid

Gebruik bij de wilsbekwaamheidsbeoordeling een geïntegreerde benadering waarin de verschillende

criteria van wilsbekwaamheid uit de gevonden literatuur (zie ook module '[Begrip wilsbekwaamheid](#)') terugkomen. De benadering die de werkgroep voorstelt, is gebaseerd op de beoordelingscriteria zoals geformuleerd door Liégeois, aangevuld en aangepast op basis van inzichten uit de literatuur 71 14 73 30 32 31 69 28 68 70 (zie ook module '[Beoordelen en vastleggen](#)'). Voor elk criterium vertaalt de beoordelaar het antwoord van de cliënt naar een score en geeft een gewogen toelichting. Het werken met een score kan helpen om tot deze toelichting te komen: de criteria worden met 'plusjes en minnetjes' op een zespuntsschaal gewaardeerd (- - - / - - / + / + + / + + +). Bij de score '- - -' voldoet de cliënt op geen enkele manier aan het criterium, bij '+ + +' juist in alle opzichten. De werkgroep benadrukt dat het toekennen van deze scores op geen enkele wijze als een kwantitatieve maat voor wilsbekwaamheid mag worden gezien en dat het bij de beoordeling uiteindelijk aankomt op een kwalitatieve weging.

Hieronder volgen de beoordelingscriteria met een toelichting.

De eerste 2 beoordelingscriteria gaan over **het begrip van de cliënt over de voorliggende kwestie en zijn eigen situatie**.

1. Informatie begrijpen en reproduceren. *Laat de cliënt zien dat hij de informatie die van belang is om een beslissing te nemen begrijpt? Heeft de cliënt inzicht in voor- en nadelen van een of meer voorliggende interventies (bijvoorbeeld medische behandeling A of B, of een verhuizing) en kan hij aangeven wat het betekent als de interventie wordt nagelaten?*

2. Inzicht in eigen situatie. *Laat de cliënt zien dat hij de informatie uit criterium 1 kan toepassen op de eigen situatie? Hierbij speelt mee of de cliënt inzicht in eigen mogelijkheden en beperkingen en ziekte-inzicht heeft.*

De volgende twee criteria gaan over **het zoeken naar en overwegen van keuzemogelijkheden** in de gegeven situatie. Ook de acties die aan de verschillende keuzemogelijkheden zijn verbonden, de betekenis daarvan voor de cliënt 30 73 31 en zijn eventuele eigen aandeel in de uitvoering daarvan 14 komen aan bod.

3. Handelingsmogelijkheden zoeken. 30 *Laat de cliënt zien dat hij begrijpt dat er voor hem keuzeruimte (verschillende handelingsmogelijkheden) is en gaat hij hier actief naar op zoek?*

4. Handelingsmogelijkheden overwegen. 30 73 *Laat de cliënt zien dat hij zich in de verschillende mogelijkheden in kan leven, dat hij kan verkennen wat deze voor hem betekenen, wat zijn eigen rol en aandeel is bij deze handelingsopties en dat hij hierin een afweging kan maken?*

De volgende twee criteria gaan dieper in op **opties die de voorkeur hebben voor de cliënt en wat daarvan de gevolgen zijn** 73 30 28 14 31 32. Deze criteria gaan over het overzien van de gevolgen van de keuze/beslissing: wat staat er te gebeuren en hoe werkt dit uit op de cliënt en op anderen? Wie neemt welk aandeel?

5. Consequenties voor zichzelf inschatten. *Kan de cliënt duidelijk maken welke positieve en negatieve effecten de voorkeursopties specifiek voor hem (kunnen) hebben? En kan hij zich voorstellen welke eventuele inspanning de optie(s) van hem zelf vragen?*

6. Consequenties voor anderen inschatten. *Kan de cliënt duidelijk maken welke positieve en negatieve gevolgen de voorkeursopties voor anderen kunnen hebben? En kan hij zich voorstellen*

welke eventuele inspanning de optie(s) van anderen vragen?

In het waarderen van de betekenis van keuzemogelijkheden en effecten zijn ook affectieve en waarden-gerelateerde elementen ^{71 31} aan de orde. Het gaat hier om de meer subjectieve elementen. **Emoties, waarden en doelen** kunnen een belangrijke rol spelen bij het kiezen van een bepaalde keuzemogelijkheid ^{31 71 68 69 70}. Daar gaan de volgende twee criteria ³⁰ op in:

7. Keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze motiveren. *Kan de cliënt zijn uiteindelijke keuze op een begrijpelijke en invoelbare wijze motiveren?*

8. Keuze vanuit doelen en waarden motiveren. *Bij welke waarden en doelen sluit de keuze van de cliënt aan en hoe passen deze in zijn levensverhaal?*

Of iemand een keuze kan waarderen of motiveren, hangt gedeeltelijk af van wat er in de literatuur ^{32 14 31} **vrijwilligheid** genoemd wordt:

9. Vrij van dwingende invloeden van binnenuit. ³⁰ *Geeft de cliënt er blijk van voldoende innerlijke vrijheid te ervaren bij het maken van zijn keuze? Bij psychiatrische problematiek kan deze innerlijke vrijheid onder druk staan. (bijv. bij depressieve of psychotische beelden of dwangstoornissen)*

10. Vrij van dwingende invloeden van buitenaf. ³⁰ *Geeft de cliënt er blijk van voldoende vrij te zijn van dwingende invloeden van buitenaf? (bijv. Is er sprake van ongepaste beïnvloeding (zie ook module '[het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk](#)'), maar ook: geeft de cliënt blijk van verwachtingen van anderen).*

Stap 7. Indruk en eindoordeel

De beoordelaar geeft allereerst het beloop van het gesprek (of gesprekken) met de betrokkene weer, toegespitst op de uitgewerkte criteria. Ook worden tijdens het gesprek eventuele signalen benoemd en genoteerd die erop kunnen wijzen dat de beslisvaardigheid is verminderd. Hiervoor kunnen, waar dit ondersteunend is, letterlijke uitspraken van de cliënt worden gebruikt, om zo dicht mogelijk bij zijn verhaal te blijven.

De beoordelaar bekijkt en weegt de scores (en toelichting) op de verschillende criteria. De weging moet betrekking hebben op de voorliggende taak of beslissing. Daarbij zullen niet altijd alle criteria van evenredig belang zijn of even zwaar wegen. In het algemeen geldt (conform module '[Het begrip wilsbekwaamheid](#)'): hoe ingrijpender de beslissing, des te hoger zijn de eisen die moeten worden gesteld aan de wilsbekwaamheid. Gebruik hierbij de inschatting van stap 3 van de voorwaarden waaraan de cliënt moet voldoen om als wilsbekwaam te worden beoordeeld: wat verwacht de beoordelaar van de prestaties van de cliënt op de verschillende criteria? Maak op deze manier een afweging om tot een (voorlopig) oordeel over de wilsbekwaamheid te komen en onderbouw dit. Is de cliënt wilsbekwaam ter zake van de beslissing en wat betekent dit voor het nemen van deze beslissing? Houd hierbij rekening met de **valkuilen bij een beoordeling**, zie *hieronder*. Verder zal de beoordelaar ook de ervarings- en praktijkkennis van en over de cliënt van andere betrokkenen (zie module '[Ondersteunen van de beslisvaardigheid](#)') meenemen in de beoordeling.

In sommige gevallen lukt het niet om de verschillende criteria van wilsbekwaamheid te beoordelen,

bijvoorbeeld bij een zeer complexe taak of beslissing. In dergelijke gevallen adviseert de werkgroep om, conform de handreiking voor gedragswetenschappers ⁵, de beoordeling (ook) door een andere zorgverlener uit te laten voeren en/of de uitgevoerde beoordeling aan een andere zorgverlener voor te leggen.

Uiteindelijk komt de beoordelaar tot een normatief eindoordeel over de wilsbekwaamheid van de cliënt ter zake van de voorliggende beslissing. Dit oordeel en de overwegingen die hiertoe leiden, worden beschreven. Hiervoor kan het bij deze handreiking gevoegde [format](#) gebruikt worden.

Mogelijke valkuilen van de zorgprofessional bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van een cliënt ^{5 4} :

- **Het verschil tussen onwetendheid en onbekwaamheid** Soms zijn cliënten onvoldoende geïnformeerd over de aard en gevolgen 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 ondersteund, lopen het risico dat zij ten onrechte voor wilsonbekwaam worden gehouden.
- **Attributiefouten** De zorgverlener die de keuze van de cliënt volledig toeschrijft aan zijn persoonlijke eigenschappen en vergeet te letten op de invloed van externe factoren, begaat een attributiefout. Zo kan een keuze van de cliënt ook beïnvloed worden doordat een cliënt en ook zijn naaste(n) zich sterk afhankelijk voelen van de zorgverlener. Dit kan leiden tot het geven van wenselijke antwoorden op vragen van de zorgverlener, wenselijk gedrag of juist conflicterend gedrag. 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 zijn competentie geen vragen gesteld. Een andere attributiefout is de self-serving 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 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 daarmee 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** Een cliënt laat moeilijk verstaanbaar gedrag zien en er is al eerder negatief geoordeeld over zijn wilsbekwaamheid. 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.
- **Te hoge eisen** stellen aan wilsbekwaamheid Hierbij wordt de lat voor wilsbekwaamheid door de beoordelaar onnodig hoog gelegd. De zorgvrager moet op de hoogte zijn van relevante hoofdzaken, niet van alle details rondom een beslissing .

- **Andere vooroordelen** Te veel empathie van de beoordelaar met de cliënt kan ervoor zorgen dat wilsbekwaamheid te makkelijk wordt voorondersteld. Ook kan de beoordelaar (onbewust) een paternalistische houding aannemen. Cliënten kunnen dan het gevoel hebben niet voor vol te worden aangezien, door hun diagnose of algehele situatie. Beoordelaars moeten zich hiervan bewust zijn.

Stap 8. Licht het eindoordeel en de praktische betekenis toe

De beoordelaar legt na het doen van de beoordeling de uitkomst uit aan de cliënt en eventueel aan zijn vertegenwoordiger. Het gesprek (of de gesprekken) die plaatsvinden in het kader van de wilsbekwaamheidsbeoordeling, moeten als doel hebben om met de cliënt en zijn vertegenwoordiger tot overeenstemming te komen. Volgens de werkgroep kunnen, afhankelijk van het begripsniveau en situatie van de cliënt en vertegenwoordiger, de volgende punten in die uitleg aan de orde komen:

- Wils(on)bekwaamheid ter zake. Het is belangrijk om duidelijk te maken dat de cliënt voor wils(on)bekwaam wordt gehouden ter zake van de voorliggende beslissing en dat dit niet geldt voor andere beslissingen. Alleen wanneer een andere beslissing in alle opzichten veel lijkt op de voorliggende en ook andere omstandigheden vergelijkbaar zijn, kan overwogen worden om van deze wilsbekwaamheidsbeoordeling uit te gaan (zie module '[Ondersteunen van de beslisvaardigheid](#)').
- Eventuele impact van de beoordeling op de cliënt. De cliënt kan hierbij ondersteuning geboden worden.
- Tijdelijkheid van de beoordeling. Soms kan op een later moment een beoordeling opnieuw worden uitgevoerd, bijvoorbeeld als iemand tijdens de beoordeling wordt beïnvloed door een tijdelijk psychiatrisch beeld zoals een depressie of psychose.
- Geldigheidstermijn van de beoordeling en evaluatietermijn.
- Rollen van vertegenwoordiger, cliënt, en eventueel de naaste. Tegen de achtergrond van het VN-verdrag Handicap benadrukt de werkgroep dat ook in geval van wilsonbekwaamheid ter zake van de voorliggende beslissing, moet worden ingezet op optimale betrokkenheid van de cliënt. Dit is een verantwoordelijkheid van de vertegenwoordiger (zoals ook vastgelegd in de WGBO), maar ook van de hulpverlener. De beoordelaar moet helder zijn over de verantwoordelijkheid van de vertegenwoordiger. De (wettelijk) vertegenwoordiger neemt – behalve bij hoogstpersoonlijke beslissingen (zie module '[Wanneer wilsbekwaamheid beoordelen?](#)') - in overleg met de zorgverlener en in afstemming met de cliënt de beslissing als de cliënt wilsonbekwaam ter zake is bevonden. Dit houdt in dat de vertegenwoordiger moet uitgaan van de wensen, wilsuitingen en achtergrond van de cliënt (IKNL, concept 2022; WGBO). Als een cliënt zich verzet tegen de voorgenomen interventie waarvoor hij als wilsonbekwaam is beoordeeld, moet dit verzet nog altijd serieus genomen worden. De interventie mag dan alleen worden uitgevoerd als hiermee ernstig nadeel kan worden voorkomen. Hieronder* en in bijlage IV staat meer informatie over wat hierover in de Wzd en de WGBO staat. Bij verschil van mening tussen cliënt en vertegenwoordiger over de wilsbekwaamheid van de cliënt, is het belangrijk dat de zorgverlener blijft handelen in het belang van de cliënt.
- Ondersteuning van de vertegenwoordiger. Naasten kunnen de vertegenwoordigers

ondersteunen, als beiden dat een goed idee vinden. De zorgverlener richt zich echter tot de vertegenwoordiger (in het uitoefenen van patiënten- en cliëntenrechten). Ook een vertrouwenspersoon kan een rol spelen in de ondersteuning van de vertegenwoordiger of cliënt.

- Rollen en taken van de zorgverlener.
 - De zorgverlener informeert de cliënt en naaste over het regelen/aanstellen van een vertegenwoordiger (als deze er nog niet is). De zorgverlener informeert ook naar de aanwezigheid van een schriftelijke machtiging, waarin de opsteller aangeeft door wie hij vertegenwoordigd wil worden in geval van wilsbekwaamheid.
 - Er blijft contact tussen de cliënt en zorgverlener: de zorgverlener blijft communiceren met de cliënt over keuzes, informatie en wie wat beslist.
 - De zorgverlener faciliteert gesprekken tussen cliënt en vertegenwoordiger.
 - De zorgverlener informeert ook andere betrokkenen (zoals teamleden en andere zorgverleners) over de beoordeling en taken/verantwoordelijkheden van vertegenwoordiger, cliënt en eventuele andere(n). Als sprake is van een onafhankelijke beoordelaar ligt de uitwerking van de beslissing voor het behandelbeleid verder bij de behandelaar.
- Klachtenprocedure: volgens de Wkkgz en de Wzd kan de patiënt zich beroepen op het klachtrecht. In de Wkkgz kan de vertegenwoordiger namens de patiënt een klacht indienen. Art. 55 lid 1 onder A van de Wzd zegt dat een cliënt of zijn vertegenwoordiger een klacht kan indienen bij een klachtencommissie, bijvoorbeeld als de cliënt vindt dat hij ten onrechte als wilsbekwaam is beoordeeld. Als de klachtencommissie de klacht niet honoreert kan de cliënt naar de rechter stappen. Volgens Art. 56 onder C zou de zorgaanbieder ook naar de rechter kunnen (hoger beroep na klachtencommissie is beschreven). Een cliënt kan zich ook altijd richten op de cliëntvertrouwenspersoon, zoals genoemd in de Wzd. De cliëntenvertrouwenspersoon heeft tot taak de cliënt of de vertegenwoordiger advies en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg aan de cliënt, met zijn opname of verblijf in een accommodatie, of met het doorlopen van een klachtenprocedure, indien een cliënt of zijn vertegenwoordiger daarom verzoekt (art. 57 Wzd).

Daarnaast geeft de werkgroep aan dat een oordeel over iemands wilsbekwaamheid ter zake van een beslissing het begin is van een vervolgtraject. Voor de invulling hiervan kunnen de volgende vragen behulpzaam zijn:

1. Wat kan er worden gedaan om de beslisvaardigheid van de cliënt te verbeteren? Een advies op dit punt kan gericht zijn op de gehele beslissing, maar ook op een van de criteria. Voorbeelden van adviezen zijn: het opnieuw geven van informatie, gebruik van (meer) ondersteunende communicatiemiddelen, ondersteuning door zorgverlener of vertegenwoordiger).
2. Is uitstel van de beslissing mogelijk? Geef de voor- en nadelen daarvan aan.
3. Is het wenselijk om op termijn een nieuwe beoordeling te doen? Zo ja, op welke termijn? Onderbouw waarom (niet). Deze vragen kunnen ook bij de uitleg (begin stap 8) aan bod komen.

***Wie beslist volgens de Wzd en WGBO bij wilsonbekwaamheid ter zake?**

WGBO: de zorgverlener blijft altijd informatie geven naar het bevattingvermogen van de cliënt. Na de beoordeling beslist de wettelijk vertegenwoordiger, maar de cliënt wordt naar eigen vermogen hier wel in betrokken. De beslissingsbevoegdheid is als het ware verschoven. De cliënt heeft formeel geen mogelijkheid meer om het met de beslissing oneens te zijn. Uitzondering hierop zijn 'hoogstpersoonlijke beslissingen' (zie module '[Wanneer wilsbekwaamheid beoordelen?](#)'), dan beslist de cliënt en wanneer deze dat niet kan de zorgverlener.

Wzd: als de cliënt zich verzet, dan is de Wzd van kracht en moet de zorgverlener het Wzd-stappenplan volgen. Bij onenigheid over de beslissing tussen de vertegenwoordiger en de zorgverlener, kan de zorgverlener de beslissing zonder de vertegenwoordiger nemen als dit ernstig nadeel voorkomt. Ook dan moet het Wzd-stappenplan gevolgd worden.

Zie [bijlage III](#) voor meer juridische informatie.

Stap 9. Vastlegging en terugkoppeling

De wilsbekwaamheidsbeoordeling en de terugkoppeling moeten zo transparant mogelijk worden gedocumenteerd. Te hoge administratieve last moet echter worden voorkomen. De overwegingen en uitkomsten van het wilsbekwaamheidsonderzoek moeten duidelijk terugkomen in de verslaglegging. Ook moeten de werkwijze, gedachtegang en afwegingen van de beoordelaar hierin navolgbaar zijn. NB: deze handreiking gaat alleen in op dossiervorming in de zorgcontext, niet op de geneeskundige verklaringen zoals beschreven door de KNMG ⁹⁴. Zie ook: Module '[Wanneer wilsbekwaamheid beoordelen?](#)', bijzondere situaties.

In het kort is het essentieel dat in de verslaglegging de werkwijze, gedachtegang en afwegingen van de beoordelaar navolgbaar moeten zijn. Belangrijke punten die erin naar voren moeten komen zijn:

- De aanleiding voor het doen van de formele beoordeling;
- Op exact welke beslissing de beoordeling betrekking heeft;
- Door wie en hoe de cliënt is geïnformeerd over de beslissing;
- Op welke manier de wilsbekwaamheid is onderzocht;
- Welke indruk de cliënt maakte tijdens de beoordeling;
- Wie in geval van wilsonbekwaamheid gaat beslissen namens de cliënt;
- Geldigheidstermijn van de beoordeling;
- Aanbevelingen voor het optimaliseren van de wilsbekwaamheid en het ondersteunen beslisvaardigheid.

Format en toegang tot informatie

Op basis van bovenstaande punten voor de vastlegging en het advies van de werkgroep om een geïntegreerde benadering te gebruiken, is een format opgesteld ([hier te downloaden](#)). Dit format kan

gebruikt worden om het proces gestructureerd te laten verlopen, maar dient ook als format voor de vastlegging.

De beoordeling kan als apart hoofdstukje in het dossier worden geregistreerd. Niet alle andere betrokken zorgverleners hebben toegang tot het dossier. Dit kan per organisatie verschillen. Meestal heeft het behandelteam hier toegang tot. Volgens de Wzd (Art. 3 lid 2 en lid 3) hebben de Wzd-functionaris en vertegenwoordiger toegang tot het dossier over onvrijwillige zorg. Het verslag van de beoordeling moet ook beschikbaar zijn voor het door de inspectie uit te oefenen toezicht. En verder heeft iedereen die belast is met de uitvoering van het behandelplan toegang tot het dossier, inclusief de beslissing over wilsbekwaamheid.

7.3 Bijlage III: Juridisch kader wilsbekwaamheid

Door: Prof. Mr. Kees Blankman

Deze bijlage bij de handreiking 'Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid: ondersteunen en beoordelen' geeft juridische achtergrondinformatie bij deze handreiking. De bijlage gaat in op de begrippen wils(on)bekwaamheid, handelings(on)bekwaamheid en (on)bevoegdheid in het recht. Er wordt nader ingegaan op de verschillende wetten waarin wilsbekwaamheid van belang is. Ook wordt de rol en de juridische betekenis van de vertegenwoordiger toegelicht.

7.3.1 Onbekwaamheid algemeen; uitleg en achtergrond van verschillende termen

In de ouderenzorg en de verstandelijkgehandicaptenzorg komen we twee vormen van onbekwaamheid tegen. Een derde vorm van onbekwaamheid blijft buiten beschouwing: de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) kent 'bekwaamheid' als voorwaarde om een voorbehouden handeling te mogen verrichten. Een cardioloog is omdat hij arts is, bevoegd om een bevalling te begeleiden, maar hij mist waarschijnlijk de vereiste kennis en kunde (bekwaamheid) om verloskundige handelingen te verrichten (art. 35 en 35a Wet BIG).

De twee belangrijkste vormen van onbekwaamheid zijn *handelingsonbekwaamheid* en *wilsonbekwaamheid*. De beide begrippen verschillen van elkaar. Een essentieel verschil is dat handelingsonbekwaamheid te omschrijven is als een ongeschiktheid om rechtshandelingen te verrichten (een niet-mogen handelen) en wilsonbekwaamheid als een niet-kunnen (niet snappen, de gevolgen niet overzien).

Handelingsonbekwaam in ons recht zijn minderjarigen en meerderjarigen die onder curatele zijn gesteld. Door een onderbewindstelling of een mentorschap wordt de meerderjarige onbevoegd. Hij wordt niet handelingsonbekwaam, maar het gaat ook hier om een niet-mogen handelen. Eigenlijk ontstaat een partiële handelingsonbekwaamheid; bij een beschermingsbewind mag de meerderjarige als regel niet meer handelen met zijn geld en goederen en bij een mentorschap mag de meerderjarige als regel geen zorgbeslissingen meer voor zichzelf nemen.

Bescherming van kwetsbare meerderjarigen bestond vanouds uit de benoeming van een curator en tegelijk het handelingsonbekwaam maken van de meerderjarige. Als reactie op het alles of niets karakter van de curatele werden twee lichtere maatregelen ingevoerd: in september 1982 het beschermingsbewind en in januari 1995 het mentorschap. Op de handelingsonbekwaamheid of onbevoegdheid die na instelling van de maatregel automatisch, van rechtswege, ontstond, bestonden aanvankelijk weinig uitzonderingen. Die zijn er onder invloed van de ontwikkeling van mensen- en patiëntenrechten wel gekomen. Deze ontwikkeling is na de Tweede Wereldoorlog in een stroomversnelling geraakt en heeft recent door het VN-verdrag Handicap een belangrijke boost gekregen³. Het niet-mogen diende de rechtszekerheid (voor iedereen was duidelijk dat wie een maatregel had, geen rechtshandelingen meer mocht verrichten), maar meer en meer werd het niet-mogen vervangen door het niet-kunnen. De vraag of iemand nog zelf kon beslissen werd belangrijker dan de vraag of de persoon onder curatele of onder mentorschap was gesteld.

Binnen de zorg, in ieder geval bij toepassing van de WGBO, de Wzd, de Wvggz, de Wlz en de Wtl is de vraag of de cliënt wilsbekwaam ter zake is, belangrijker dan de vraag of hij onder curatele of mentorschap staat en formeel niet zelf mag beslissen. Deze opvatting is ook terug te vinden in professionele normen van verschillende beroepsgroepen. Voor de eerste vier wetten geldt dat wie wilsbekwaam is, zelf mag beslissen, en daar waar de persoon ter zake wilsonbekwaam is, een vertegenwoordiger voor hem mag beslissen.

Paragraaf 2 gaat dieper in op de ontwikkeling van het recht en de juridische aspecten rond onbekwaamheid in het algemeen. De betekenis van het VN-verdrag Handicap en de mogelijke doorwerking daarvan in Nederland in het recht en in de zorgpraktijk behandel ik in paragraaf 3. De wilsonbekwaamheid, ook van minderjarigen vanaf twaalf jaar, in de WGBO en de Wzd komen in de paragrafen 4 en 5 aan de orde. In paragraaf 6 behandel ik de wilsonbekwaamheid in de Wvggz. Ten slotte volgen een paragraaf over de wilsonbekwaamheid in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) en een paragraaf over de positie en bevoegdheden van vertegenwoordigers. Minderjarigen onder de twaalf jaar zijn handelingsonbekwaam en worden in het recht ook voor wilsonbekwaam gehouden. Voor het recht is het irrelevant of deze minderjarigen instemmen met een voorgestelde behandeling of vorm van zorg. Een aparte behandeling van wilsbekwaamheid in de Wlz of andere wetten (Wkkgz of Wmo) lijkt, gelet op de primaire doelgroep van deze handreiking, niet nodig.

7.3.2 Wils(on)bekwaamheid van meer belang

Handelingsonbekwaamheid en onbevoegdheid zijn in het recht ontwikkeld om zwakke medeburgers te beschermen en om te zorgen voor rechtszekerheid. Een handelingsonbekwame of onbevoegde kan geen koop- of huurovereenkomst sluiten en een onder mentorschap gestelde geen zorgovereenkomst. En zou er toch een overeenkomst tot stand komen, dan moet die makkelijk ongedaan gemaakt kunnen worden. Op beide hoofdregels bestaan uitzonderingen en die nemen toe. Dat gaat ten koste van de rechtszekerheid maar daarmee groeit de ruimte in het recht voor – het honoreren van – wilsbekwaamheid.

Het gaat bij handelingsonbekwaamheid en bij onbevoegdheid om het niet mogen verrichten van rechtshandelingen. Het recht maakt onderscheid tussen rechts- en feitelijke handelingen, maar dit onderscheid is voor de zorg en voor deze handreiking weinig zinvol en zelfs verwarrend. Formeel gesproken wordt de onder mentorschap gestelde niet onbevoegd voor feitelijke handelingen en gedragingen. Hetzelfde geldt voor de onder curatele gestelde.

Wilsbekwaamheid wordt onder juristen veelal opgevat als beslisbekwaamheid en ziet op beslisvaardigheden, decision-making skills, of het nu rechts- of feitelijke handelingen zijn. Het verschil tussen beide is bij veel zorgbeslissingen ook niet makkelijk aan te geven. In de wet wordt wilsonbekwaamheid vaak omschreven als: 'niet in staat (worden geacht) tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake'. Een ander belangrijk verschil met handelingsonbekwaamheid of onbevoegdheid is dat wilsonbekwaamheid altijd betrekking heeft op één bepaalde aangelegenheid.

Er is nog een begrip dat enige toelichting behoeft. Het recht kent naast handelingsonbekwaamheid ook feitelijke onbekwaamheid. Beide onbekwaamheden zijn in de art. 3:32 – 34 BW beschreven. Feitelijke onbekwaamheid is nagenoeg gelijk te stellen aan wilsonbekwaamheid, zij het dat feitelijke onbekwaamheid alleen betrekking heeft op rechtshandelingen. Feitelijke onbekwaamheid is aanwezig als iemand onder invloed van een geestelijke stoornis een rechtshandeling verricht of de stoornis een redelijke waardering van de belangen ter zake belette. De wetgever hanteert hier de constructie van de verklaring die niet overeenkomt met de juridische wil. Enige tijd terug deed een oudere mevrouw een beroep op feitelijke onbekwaamheid omdat ze een aantal jaren geleden, naar haar zeggen onder invloed van een stoornis, een schilderij had geschonken aan het Rijksmuseum. Een geslaagd beroep op feitelijke onbekwaamheid leidt tot vernietiging van de rechtshandeling, in dit voorbeeld de schenking. De feitelijke of wilsonbekwaamheid moet worden bewezen, handelingsonbekwaamheid kan gemakkelijk worden aangetoond.

Zowel handelings- als wilsonbekwaamheid zijn kwalificaties die worden toegekend aan mensen (attributie). Toekenning van handelingsonbekwaamheid dient de rechtszekerheid en voorkomt ruis in het rechts- en maatschappelijk verkeer maar doet nauwelijks recht aan het individu dat, misschien al dan niet met ondersteuning, een aantal beslissingen wilsbekwaam zelf kan nemen.

Met de ontwikkeling van patiëntenrechten sinds de tweede helft van de vorige eeuw is ook de aandacht gegroeid voor wilsbekwaamheid; niet zozeer als een herwaardering van het leerstuk van de feitelijke onbekwaamheid in het Burgerlijk Wetboek, maar in eerste instantie als een voorwaarde voor het verkrijgen van een rechtsgeldige toestemming voor medische ingrepen en medisch-wetenschappelijk onderzoek. Feitelijke en wilsonbekwaamheid hebben een verschillende ontstaansgeschiedenis maar dekken nu dezelfde lading, al strekt wilsbekwaamheid zich ook uit tot andere handelingen dan rechtshandelingen. Op een enkele plaats wordt de eis van feitelijke bekwaamheid expliciet geformuleerd. Zie bijv. de eis van feitelijk bekwaamheid bij het aangaan van een huwelijk in art. 1:32 BW. In het bestuursrecht kunnen minderjarigen of meerderjarigen die een curator, bewindvoerder of mentor hebben, zelfstandig beroep instellen 'indien zij tot redelijke waardering van hun belangen in staat geacht kunnen worden'. (art.8:21 lid 2 Algemene Wet Bestuursrecht).

Op de handelingsonbekwaamheid en onbevoegdheid bestaan een aantal uitzonderingen. De minderjarigheid duurt op de meeste plekken in het recht tot achttien jaar, maar in de zorg tot zestien jaar. Vanaf zestien jaar is de minderjarige handelingsbekwaam in de WGBO, de Wzd en de Wvrgz (art. 7:447 BW, art. 3 lid 1 Wzd en art. 1:3 lid 2 Wvrgz). In de regeling van curatele en van mentorschap, in het eerste boek van het Burgerlijk Wetboek, staat dat de persoon onder curatele, de curandus, handelingsonbekwaam wordt en de persoon onder mentorschap onbevoegd, maar de wet formuleert hier twee uitzonderingen. Op de eerste plaats wordt de curandus handelingsbekwaam als hij toestemming krijgt van zijn curator en dat geldt ook voor de onder mentorschap gestelde; deze laatste wordt met toestemming van zijn mentor bevoegd om zorgovereenkomsten aan te gaan. De tweede uitzondering luidt, geparafraseerd, dat de handelingsonbekwaamheid of onbevoegdheid wordt opgeheven wanneer een andere wet een uitzondering bevat. Zie de formulering in art. 1:381 lid 2 BW ... 'onbekwaam rechtshandelingen te verrichten voor zover de wet niet anders bepaalt' en in art. 1:453 lid 1 BW 'Tenzij uit wet of verdrag anders voortvloeit is betrokkene tijdens het mentorschap onbevoegd rechtshandelingen te verrichten in aangelegenheden ...'. Deze tweede uitzondering blijkt een grote uitzondering te zijn. Veel zorgwetten bepalen dat wie onder curatele staat of een mentor heeft zelf beslissingen mag nemen en bijv. zelf toestemming kan geven, als de meerderjarige wilsbekwaam ter zake is.

Behalve in de hieronder expliciet te behandelen wetten is deze regeling terug te vinden in de Wet op de orgaandonatie in de art. 4, 9 lid 1 en 11 lid 2. In de wettelijke regeling van curatele en mentorschap klinkt nog de opvatting door dat de beste bescherming bestaat in het ontnemen of beperken van de juridische bewegingsvrijheid van de te beschermen meerderjarige. Meer recent ingevoerde zorgwetten hebben als uitgangspunt dat bescherming bestaat in de aanwezigheid van een al dan niet door de rechter benoemde vertegenwoordiger die bij wilsonbekwaamheid van de cliënt toestemming kan geven of weigeren en de rechten van de cliënt kan uitoefenen.

Ondanks het toegenomen belang van wilsbekwaamheid in wetten die op de zorg betrekking hebben, heeft de wetgever geen regels gegeven voor de beoordeling ervan. Dit is overgelaten aan de beroepsbeoefenaars. Art. 3 lid 2 Wzd formuleert dat deze beoordeling plaatsvindt 'overeenkomstig de daarvoor gangbare richtlijnen'. In het algemeen gaat het om het kunnen uiten van een wil, het kunnen ontvangen van informatie en het kunnen waarderen en toepassen daarvan op de eigen situatie. In hoeverre executele functies onderdeel uitmaken van het besluitvormingsproces is onduidelijk. In geval van schuldenbewinden komt het voor dat de persoon met problematische schulden door de bewindvoerder voor wilsonbekwaam wordt gehouden wanneer hij nalaat de enveloppen te openen van de belastingdienst en vervolgens te handelen.

7.3.3 Wils(on)bekwaamheid in het VN-verdrag Handicap

Het VN-verdrag Handicap is een van de mensenrechtenverdragen die na de Tweede Wereldoorlog tot stand zijn gekomen³. Voor de Tweede Wereldoorlog kenden we wel mensenrechten maar na de schendingen in de oorlog was er een sterke drang om wereldwijd afspraken te maken zodat grove schendingen van mensenrechten voorkomen konden worden. Na de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948) volgden enkele continentale mensenrechtenverdragen, in Europa het

Europees Verdrag inzake de Rechten van de Mens (EVRM, 1954). Na de aandacht voor mensenrechten in het algemeen zien we dat groepen in de samenleving opkomen voor hun rechten en die bij voorkeur ook internationaal willen vastleggen. Denk aan bijvoorbeeld een Vrouwenrechtenverdrag (1979) en een Kinderrechtenverdrag (1989). In deze ontwikkeling van emancipatie van diverse groepen in de samenleving past ook het VN-verdrag Handicap dat op 3 mei 2008 tot stand kwam en op 14 juli 2016 van kracht werd in Nederland. Er wordt nu onderzocht of er een VN-verdrag over de rechten van ouderen moet komen.

De kracht van een verdrag wordt o.a. bepaald door de formulering van de rechten: gaat het om verplichtingen tussen de staten onderling of gaat het om rechten van burgers t.o.v. de overheid. Ook van belang is de wijze waarop de handhaving is geregeld. De zwaarste manier is een rechterlijke instantie waar een burger terecht kan als hij meent dat een van de rechten in het verdrag is geschonden. Dit is het geval bij het EVRM: een Hof in Straatsburg kan een staat veroordelen wanneer er in de ogen van dit Europese Hof sprake is geweest van een schending van een van de in het EVRM vastgelegde mensenrechten. Nationale wetgeving mag niet in strijd zijn met de normen en bepalingen uit een verdrag waarbij het land partij is geworden.

Het VN-verdrag Handicap kent net als het kinderrechtenverdrag een Comité ('Committee') samengesteld uit deskundigen uit diverse landen. De staten die partij zijn bij het VN-verdrag Handicap moeten regelmatig aan het Comité rapporteren hoe het staat met de implementatie en naleving van de rechten in het VN-verdrag Handicap. Er is ook een aparte klachtmogelijkheid bij het Comité maar Nederland heeft daar niet voor gekozen. Bij de totstandkoming van de tekst van het verdrag was art. 12 veruit de moeilijkste bepaling om een door iedereen geaccepteerde formulering voor te vinden. Dit artikel van het verdrag gaat over Gelijkheid voor de wet. Vanuit patiëntenorganisaties is er veel en lang druk uitgeoefend om de tekst zo te redigeren dat handelingsonbekwaamheid of onbevoegdheid bij mensen met een handicap niet meer zou zijn toegestaan. Vertegenwoordigers van landen die ook deelnamen aan de werkgroep die de tekst voorbereidde, vonden dit te ver gaan en maakten bezwaar. Uiteindelijk is een compromisvoorstel van Canada aanvaard en later door de Algemene Vergadering van de VN overgenomen. De Nederlandse versie van deze tekst luidt:

Artikel 12. Gelijkheid voor de wet

1. De Staten die Partij zijn bevestigen opnieuw dat personen met een handicap overal als persoon erkend worden voor de wet.
2. De Staten die Partij zijn erkennen dat personen met een handicap op voet van gelijkheid met anderen in alle aspecten van het leven handelingsbekwaam zijn.
3. De Staten die Partij zijn nemen passende maatregelen om personen met een handicap toegang te verschaffen tot de ondersteuning die zij mogelijk behoeven bij de uitoefening van hun handelingsbekwaamheid.
4. De Staten die Partij zijn waarborgen dat alle maatregelen die betrekking hebben op de uitoefening van handelingsbekwaamheid, voorzien in passende en doeltreffende

waarborgen in overeenstemming met het internationale recht inzake de mensenrechten om misbruik te voorkomen. Deze waarborgen dienen te verzekeren dat maatregelen met betrekking tot de uitoefening van handelingsbekwaamheid de rechten, wil en voorkeuren van de desbetreffende persoon respecteren, vrij zijn van conflicterende belangen of onbehoorlijke beïnvloeding, proportioneel zijn en toegesneden op de omstandigheden van de persoon in kwestie, van toepassing zijn gedurende een zo kort mogelijke periode en onderworpen zijn aan een regelmatige beoordeling door een bevoegde, onafhankelijke en onpartijdige autoriteit of gerechtelijke instantie. De waarborgen dienen evenredig te zijn aan de mate waarin deze maatregelen van invloed zijn op de rechten en belangen van de persoon in kwestie.

5. Met inachtneming van de bepalingen van dit artikel nemen de Staten die Partij zijn alle passende en doeltreffende maatregelen om de gelijke rechten te garanderen van personen met een handicap op eigendom of het erven van vermogen en te waarborgen dat zij hun eigen financiële zaken kunnen behartigen en op voet van gelijkheid toegang hebben tot bankleningen, hypotheek en andere vormen van financiële kredietverstrekking en verzekeren zij dat het vermogen van personen met een handicap hen niet willekeurig wordt ontnomen.

Lid 3 benadrukt dat de staat ervoor moet zorgen dat personen met een handicap die ondersteuning nodig hebben bij de uitoefening van hun handelingsbekwaamheid, dat wil zeggen bij de behartiging van hun belangen, deze ondersteuning ook krijgen. Onder 'maatregelen betreffende de uitoefening van de handelingsbekwaamheid' in lid 4 vallen mentorschap, bewind, curatele, maar ook volmacht en de onbenoemde vertegenwoordiging door partner of naaste familie in zorgsituaties.

Het Comité heeft een General Comment opgesteld waarin het Comité aangeeft hoe art. 12 gelezen/geïnterpreteerd zou moeten worden. Het Comité maakt hier onderscheid tussen legal capacity en mental capacity, grofweg te omschrijven als handelingsbekwaamheid en wilsbekwaamheid. '*Legal capacity is the ability to hold rights and duties and to exercise those rights*' (General Comment, paragraaf 12). Mental capacity betreft decision-making skills van een persoon die van nature variëren afhankelijk o.a. van omgevings- en sociale factoren. Het concept mental capacity is controversieel volgens het Comité. Vaststelling van mental capacity is veelal gebaseerd op de mate waarin een persoon de aard en gevolgen van een beslissing begrijpt en/of de relevante informatie kan gebruiken en waarderen. Deze benadering deugt volgens het Comité niet om twee redenen, zo staat in het General Comment in paragraaf 15. De benadering wordt op discriminatoire wijze – vaak – toegepast bij mensen met een handicap en het veronderstelt '*to be able to understand the inner-workings of a human mind*'. Indien de persoon de beoordeling niet haalt (en als wilsonbekwaam wordt aangemerkt), wordt zijn legal capacity beperkt of ontnomen. Art. 12 staat een dergelijke aantasting van legal capacity niet toe zo stelt het Comité. Integendeel: art. 12 vereist dat een persoon met een handicap wordt ondersteund bij '*the exercise of his legal capacity*'. In de visie/interpretatie van het Comité is wilsbekwaamheid een te onduidelijk begrip en mag het ook niet worden gehanteerd om vervolgens de - uitoefening van - handelingsbekwaamheid te beperken.

Handelingsbekwaamheid is een onaantastbaar mensenrecht en art. 12 verbiedt aantasting daarvan. Curatele, bewind en mentorschap die automatisch leiden tot handelingsonbekwaamheid (curatele) of onbevoegdheid (bewind en mentorschap) zijn niet meer toegestaan; het Comité bepleit een paradigmashift van substitute decision-making naar supported decision-making. Ondersteunen volstaat en art. 12 verplicht staten hun wetgeving en beleid hiermee in overeenstemming te brengen. Nederland heeft bij de ratificatie van dit Verdrag een voorbehoud gemaakt en, net als andere landen, aangegeven dat zij anders dan het Comité art. 12 zo leest dat er ruimte blijft in nationale wetgeving om als ultimum remedium de handelingsbekwaamheid van een persoon met een handicap aan te tasten wanneer zijn gedrag leidt tot ernstig nadeel of gevaar, waarna een vertegenwoordiger optreedt. Het voorbehoud luidt:

"The Kingdom of the Netherlands recognizes that persons with disabilities enjoy legal capacity on an equal basis with others in all aspects of life. Furthermore, the Kingdom of the Netherlands declares its understanding that the Convention allows for supported and substitute decision-making arrangements in appropriate circumstances and in accordance with the law. The Kingdom of the Netherlands interprets Article 12 as restricting substitute decision-making arrangements to cases where such measures are necessary, as a last resort and subject to safeguards."

Deze laatste opvatting is in lijn met de opvatting van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens in Straatsburg. Uit jurisprudentie van dit Hof blijkt dat het EVRM wel toestaat dat, zij het als 'last resort' en omgeven met tal van 'safeguards', nationale wetgeving beschermingsmaatregelen voor meerderjarigen kent die resulteren in handelingsonbekwaamheid of onbevoegdheid. Ook het beoordelen van wilsbekwaamheid en het bij vastgestelde wilsonbekwaamheid beperken van iemands juridische bewegingsvrijheid/beslisruimte is niet in strijd met de in het EVRM opgenomen mensenrechten. In rechtsoverweging/paragraaf 44 in de zaak Ivinovic' tegen Kroatië (EHRM 18 september 2014, 13006/13) formuleert het Hof:

"...deprivation, even partial, of legal capacity should be a measure of last resort, applied only where the national authorities, after carrying out a careful consideration of possible alternatives, have concluded that no other, less restrictive measure would serve the purpose, or where other less restrictive measures, have been unsuccessfully attempted."

Internationaal is een discussie gaande, onder andere in the International Journal on Law and Psychiatry, of de opvatting/interpretatie van het VN-Comité niet moet worden bijgesteld. Bij iemand die in coma ligt of in het eindstadium van dementie verkeert, is het misleidend te spreken over ondersteuning van de wil bij te nemen zorgbeslissingen. En door te spreken van ondersteuning in plaats van vertegenwoordiging kan het risico op misbruik juist toenemen, beargumenteren sommige juristen. Nu het internationaal mensenrechtenkader ons confronteert met twee verdragen die met elkaar schuren, lijkt het volgen van het EVRM op dit punt het meest voor de hand liggend. Tegelijk verplicht het VN-verdrag Handicap om de wilsbekwaamheid en de wil en voorkeuren van personen met een handicap, zo mogelijk nog meer dan nu, te respecteren en te honoreren ³. Bij de vaststelling van het zorgplan in de Wzd spant de zorgverantwoordelijke zich in om instemming te verkrijgen, waarbij hij, zo luidt art. 7 lid 3 Wzd, 'zoveel als mogelijk rekening houdt met de wensen en

voorkeuren van de cliënt.' Deze inspanningsverbintenis voor de zorgverantwoordelijke verwijst naar art. 12 lid 4 van het verdrag. Overigens rijst in dit verband de vraag of de term 'vertegenwoordiger' nog wel passend is voor de persoon die niet alleen vertegenwoordiger is, maar ook ondersteuner.

7.3.4 Wils(on)bekwaamheid in de WGBO

Wils(on)bekwaamheid speelt binnen de WGBO een belangrijke rol. Bij wilsonbekwaamheid is het de vertegenwoordiger die beslist in plaats van de cliënt zelf en bovendien komt bij wilsonbekwaamheid de mogelijkheid van dwangbehandeling in beeld. Binnen de WGBO is een minderjarige vanaf zestien jaar handelingsbekwaam, maar bij wilsonbekwaamheid zullen zijn ouders met gezag of zijn voogden zijn rechten uitoefenen en bijvoorbeeld namens hem toestemming geven (art. 7:447 BW). Ouderlijk gezag en voogdij eindigen bij achttien jaar. Voor minderjarigen tussen de twaalf en zestien jaar geldt het vereiste van de dubbele toestemming; zowel de minderjarige als degene die met het gezag over hem is belast, moeten toestemming geven om tot een rechtsgeldige behandelovereenkomst te komen (art. 7:450 lid 2 BW). Deze regel kent uitzonderingen: in bepaalde situaties volstaat de toestemming van één ouder of is de toestemming van de ouder in het geheel niet vereist. Dit laatste is het geval wanneer de minderjarige de voorgestelde behandeling of ingreep weloverwogen of wilsbekwaam blijft wensen. Bij wilsonbekwaamheid van de minderjarige tussen de twaalf en zestien jaar, zijn het de ouders met gezag die hem vertegenwoordigen.

Art. 7:465 BW bevat een uitzondering op de onbevoegdheid van de onder mentorschap gestelde en de handelingsonbekwaamheid van de curandus. De eerste leden van artikel 7:465 BW geven regels voor de situatie dat de zorgverlener zijn verplichtingen uit de behandelingsovereenkomst niet nakomt jegens de cliënt zelf, maar jegens een vertegenwoordiger. Deze formulering doelt onder meer op het verkrijgen van toestemming, die als het gaat om een minderjarige onder de twaalf jaar niet door de minderjarige zelf, maar namens hem door zijn vertegenwoordigers moet worden verleend. Bij minderjarigen van twaalf jaar of ouder die ter zake wilsonbekwaam zijn, is ook de toestemming van de ouders met ouderlijk gezag of de voogd(en) van de minderjarige vereist. Lid 2 vervolgt met de zinsnede '... tenzij zodanige patiënt meerderjarig is en onder curatele staat of ten behoeve van hem het mentorschap is ingesteld, in welke gevallen nakoming jegens de curator of mentor geschiedt'. Met 'zodanige patiënt' wordt bedoeld de patiënt die ouder dan twaalf jaar is én ter zake wilsonbekwaam. De WGBO gebruikt hier voor wilsonbekwaamheid de ook elders in het recht wel gehanteerde omschrijving 'niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake'. De wetgever heeft hier gekozen voor maximale honorering van wilsbekwaamheid. Zolang de betrokkene de gevolgen overziet en begrijpt waar het om gaat, mag hij zelf beslissen; pas wanneer hij ter zake wilsonbekwaam is, is er ruimte voor de mentor of curator of andere vertegenwoordigers om vertegenwoordigend op te treden.

De WGBO gaat uit van vrijwilligheid maar kent in art. 7:465 lid 6 BW de mogelijkheid van dwangbehandeling. Bij ingrijpende verrichtingen kan als de cliënt zich verzet, alleen tot dwang worden overgegaan als aan drie voorwaarden is voldaan: de cliënt is ter zake wilsonbekwaam, de vertegenwoordiger geeft toestemming voor de behandeling en de behandeling is kennelijk nodig om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen. De zorgverlener kan eventueel ook zonder toestemming

van de vertegenwoordiger overgaan tot dwang met een beroep op de door hem in acht te nemen zorg van een goed zorgverlener, al zal een zorgverlener niet snel van deze bevoegdheid gebruikmaken (art. 7:465 lid 4 BW). Art. 7:466 BW bepaalt dat de toestemming niet hoeft te worden gevraagd als het gaat om een niet-ingrijpende verrichting en in spoedsituaties. Bij het begrip 'ingrijpende verrichtingen' is primair gedacht aan medisch-technisch ernstige gevolgen, bijvoorbeeld diep het lijf in. De subjectieve ervaring van de cliënt over wat ingrijpend is, kan hierbij wel meegewogen worden. Voor een goed begrip van deze WGBO-route richting dwang is het goed voor ogen te houden dat er bij dwang verschillende mensenrechten in het geding zijn. De twee belangrijkste zijn het recht op integriteit van het lichaam en het recht op vrijheid. De WGBO maakt aantasting van het recht op integriteit van het lichaam mogelijk, maar niet een beperking van vrijheid. Insluiten van een cliënt of een gedwongen opname kan niet op basis van de WGBO, fixeren wel, maar alleen tijdelijk als dat nodig is om een verrichting onder dwang uit te voeren.

Hoewel bij de totstandkoming van de wet op het mentorschap de minister wel heeft verklaard dat het de mentor is die beoordeelt of er sprake is van wilsbekwaamheid of niet, is de heersende leer dat het primair de zorgverlener is die deze beoordeling doet. De WGBO kent hier geen uitgewerkte regeling voor en bepaalt ook niet welke zorgverlener deze beoordeling kan doen. Deze handreiking biedt in dit geval handvatten.

7.3.5 Wils(on)bekwaamheid in de Wzd

De Wet Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten bepaalt in art 3 lid 2 dat vertegenwoordigers pas bij wilsonbekwaamheid van de cliënt in zijn plaats mogen beslissen. Voor alle vertegenwoordigers geldt dat bij wilsbekwaamheid ter zake de cliënt zelf mag beslissen en er voor vertegenwoordigend optreden dan geen plaats is. De redactie van art. 1:3 lid 2 onder de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) komt hiermee overeen: een curator of mentor treedt op als vertegenwoordiger als betrokkene niet tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is. Aanvankelijk was de redactie van deze bepaling niet duidelijk en leek er een uitzonderingspositie voor wettelijk vertegenwoordigers te bestaan.

De Gezondheidsraad en prof. mr. M.M. van Rossum in haar in oktober 2020 verschenen boek 'Geestelijke stoornis in juridisch perspectief' (p.152) stelden zich op het standpunt dat de cliënt met een mentor of curator ook in de Wzd zelf mag beslissen als hij ter zake wilsbekwaam is (p.20)⁹². Mede onder invloed van geluiden als deze is de Wzd gewijzigd en is bij het ingediende wetsvoorstel 35667 de bijzondere positie van wettelijke vertegenwoordigers geschrapt.

Voor de toepassing van onvrijwillige zorg of voor een opname op basis van de Wzd is wilsonbekwaamheid geen vereiste. Voor dwangzorg in het kader van de WGBO is wel expliciet (formeel) wilsonbekwaamheid vermeld als vereiste. Ook in de Wzd kan, hoewel dit niet duidelijk is bepaald, het ontbreken van wilsbekwame toestemming of juist het bieden van wilsbekwaam verzet ertoe leiden dat geen onvrijwillige zorg kan worden toegepast. De redenering die o.a. ook door de Hoge Raad is ontwikkeld bij toepassing van art. 8:9 lid 4 Wvggz, luidt dat een patiënt bij zorg in vrijwillig kader een verrichting of behandeling kan weigeren als hij ter zake wilsbekwaam is. Ook als dit zorginhoudelijk gezien niet de beste beslissing is. Ook personen die zorg in onvrijwillig kader

ontvangen, zouden mits wilsbekwaam toepassing van onvrijwillige zorg moeten kunnen tegenhouden. De ruimte hiervoor is beperkt(er); er is de opvatting dat de aanwezigheid van wilsbekwaamheid bij iemand waarbij dementie of een verstandelijke beperking is vastgesteld, minder waarschijnlijk is dan bij iemand die binnen de WGBO zorg ontvangt. En een duidelijke bepaling in de Wzd die wilsbekwaamheid honoreert bij voorgenomen toepassing van onvrijwillige zorg ontbreekt. Daarentegen biedt art. 10 lid 1 Wzd (onvrijwillige zorg kan worden overwogen als er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn) de ruimte en misschien de verplichting om na te gaan of er sprake is van wilsbekwaam verzet en of om die reden van toepassing van onvrijwillige zorg zou moeten worden afgezien.

De Wzd gaat uit van wilsbekwaamheid van de cliënt. Op grond van art. 3 lid 2 Wzd moet een deskundige de wilsbekwaamheid van de cliënt vaststellen waarbij hij gebruik maakt van de daarvoor gangbare richtlijnen. Deze deskundige moet met de vertegenwoordiger overleg voeren dat gericht is op het bereiken van overeenstemming. Wanneer geen overeenstemming wordt bereikt, beslist een niet bij de zorg betrokken deskundige. De vaststelling heeft betrekking op een bepaalde beslissing die de cliënt betreft. De zorgverantwoordelijke legt dat schriftelijk vast en vermeldt daarbij datum en tijdstip. Ook vermeldt de zorgverantwoordelijke hierbij of met de vertegenwoordiger overeenstemming is bereikt, in het bijzonder over welke beslissing de cliënt voor wilsbekwaam moet worden gehouden. De zorgverantwoordelijke informeert de Wzd-functionaris over de beslissing en het overleg met de vertegenwoordiger (art. 3 lid 3 Wzd). Een schriftelijke beslissing om de cliënt ten aanzien van een bepaalde aangelegenheid wilsbekwaam te achten, moet ook beschikbaar zijn voor het door de inspectie uit te oefenen toezicht (art. 17 lid 1 onder d).

Het gevolg van een vastgestelde wilsbekwaamheid van de cliënt is dat de vertegenwoordiger ten aanzien van de bewuste beslissing/aangelegenheid vertegenwoordigend mag optreden en namens zijn cliënt zijn Wzd-rechten mag uitoefenen. De vertegenwoordiger heeft de taak de cliënt hierbij te betrekken en hem te informeren. Van onvrijwillige zorg in de zin van de Wzd is sprake als er verzet is van de cliënt of zijn vertegenwoordiger en er een professionele zorgaanbieder bij de zorg betrokken is die naast vrijwillige zorg ook onvrijwillige Wzd-zorg verleent. Wanneer familie achter op het erf voor oma zorgt en haar af en toe vastbindt aan haar stoel hoewel ze dat niet wil, is de Wzd niet van toepassing. Pas als al dan niet via de huisarts of Veilig Thuis een zorgaanbieder is ingeschakeld en een zorgplan wordt opgesteld, zijn de bepalingen over het stappenplan van de Wzd van toepassing op het handelen van de professionele hulpverleners. Het handelen van de familie wordt niet door de Wzd genormeerd. Als er geen verzet is, zijn de bepalingen van de Wzd ten aanzien van onvrijwillige zorg niet van toepassing. Een uitzondering op dit laatste is opgenomen in art. 2 lid 2 Wzd: indien het een wilsbekwame cliënt betreft (de wet gebruikt hier eenmalig de term 'wilsbekwaam') en er geen verzet is tegen drie vormen van zorg die direct betrekking hebben op het recht op integriteit van het lichaam of het recht op vrijheid (gedrag beïnvloedende medicatie die wordt toegediend in afwijking van een professionele richtlijn, beperking bewegingsvrijheid en insluiting) is toch de regeling van de Wzd van toepassing en moet het stappenplan worden gevolgd.

Wilsbekwaamheid speelt binnen de Wzd ook in andere situaties een rol. Een situatie betreft de regeling in art. 3a Wzd betreffende instemming en verzet. Lid 4 kent een regeling betreffende

minderjarigen tussen de twaalf en zestien jaar die evenals de regeling in de WGBO uitgaat van dubbele toestemming. De regeling komt volledig overeen met die in de WGBO. Bij wilsbekwaamheid van deze minderjarige is er pas dan sprake van instemming wanneer zowel de minderjarige als de ouder(s) of voogd(en) instemmen. Wilsonbekwaamheid van de cliënt van zestien jaar of ouder leidt ertoe dat er instemming is als de vertegenwoordiger instemt (art. 3a lid 2 onder a Wzd). Indien echter de – wilsonbekwame – cliënt zich verzet, is op de verleende zorg niet de WGBO maar de Wzd van toepassing. Verzet kan ertoe leiden dat de voorgenomen zorg niet kan worden toegepast. Voor de afweging zie [de beslisboom](#).

Ook bij het verzoeken om vernietiging van het dossier, het geven van toestemming voor inzage daarvan door nabestaanden of het maken van bezwaar tegen het ter beschikking stellen van cliëntgegevens ten behoeve van statistiek of wetenschappelijk onderzoek (art. 18a lid 5, 18b lid 2 onder a en 18c lid 5 onder c Wzd) is wils(on)bekwaamheid van de cliënt van belang.

Een beoordeling door het ClZ van de wilsbekwaamheid in de zin van het ontbreken van de nodige bereidheid om te worden opgenomen, is voorgeschreven in art. 21 lid 2 onder a, en 22 lid 9 Wzd. Wilsbekwaamheid is voor de cliënt van belang bij de uitoefening van zijn recht om de beslissing van de zorgverantwoordelijke in het geval van een voorwaardelijke machtiging om over te gaan tot opname, voor te leggen aan de rechter (art. 28ad lid 1 Wzd). Of om bedenkingen te hebben tegen toevoeging van een advocaat (art. 31 lid 1 en 38 lid 3 Wzd).

Art. 38 lid 2 Wzd bepaalt dat de cliënt onder curatele of onder mentorschap bekwaam is om zelf in rechte op te treden in de procedure betreffende zijn onvrijwillige opname. Naast handelingsbekwaam of bevoegd (aan die voorwaarde is voldaan in dit artikel) blijft van belang dat de cliënt wilsbekwaam is wanneer hij bijvoorbeeld deskundigen wil oproepen (zie art. 38 lid 6 Wzd) of in cassatie wil bij de Hoge Raad van de uitspraak van de rechter. Wilsbekwaamheid is ook van belang bij de opdracht aan de rechter na te gaan of de cliënt in staat en bereid is te worden gehoord (art. 38 lid 1 Wzd).

Art. 44 Wzd biedt de cliënt de mogelijkheid de rechter te verzoeken om een schadevergoeding. Enige wilsbekwaamheid bij de cliënt is hiervoor wel vereist. Ook bij verlof en ontslag speelt de wilsbekwaamheid van de cliënt een rol: de art. 47 lid 1 en 48 lid 1 Wzd vermelden het recht van de cliënt om verlof respectievelijk ontslag te verzoeken. De art. 47 lid 9 en 48 lid 10 Wzd bepalen dat de zorgaanbieder pas dan verlof respectievelijk ontslag onder voorwaarden verleent als de cliënt zich bereid heeft verklaard de voorwaarden na te leven. Deze voorwaarde veronderstelt op dit punt dat de zorgaanbieder een beoordeling van de wilsbekwaamheid van de cliënt uitvoert, al is - voorwaardelijk - verlof of ontslag ook mogelijk bij een cliënt die ter zake wilsonbekwaam is.

Bij het recht van de cliënt om te klagen zal de vraag naar wilsbekwaamheid geen of een uiterst geringe rol spelen. Zie ook de bij de KCOZ (KlachtenCommissie Onvrijwillige Zorg) ingediende klachten. De wet vereist dat de klacht schriftelijk en gemotiveerd bij de klachtencommissie wordt ingediend. Cliëntenvertrouwenspersonen kunnen hierbij een belangrijke ondersteunende rol spelen. Er kan onder andere worden geklaagd over de beslissing om de cliënt ter zake van een bepaalde beslissing/aangelegenheid wilsonbekwaam te achten (art. 55 lid 1 onder a Wzd). Art. 56c lid 1 Wzd geeft de cliënt het recht de beslissing van de klachtencommissie aan de rechter voor te leggen. De

rechter kan in deze procedure de door de cliënt opgegeven deskundigen en getuigen oproepen (art. 56d lid 3 Wzd). Zowel bij het indienen van een klacht bij de klachtencommissie als bij de behandeling door de rechter van de klacht na de beslissing van de klachtencommissie kan de cliënt ook om schadevergoeding verzoeken.

Aan het begrip wilsonbekwaamheid heeft de Rechtbank Zeeland-West-Brabant in 2020 een rechtsoverweging gewijd die, hoewel het niet om toepassing van de Wzd ging, relevant is omdat het duidelijk maakt dat het begrip wilsonbekwaamheid beperkt en breed kan worden opgevat. De beperkte opvatting die alleen ziet op het kunnen uiten van een wil, is te beperkt. Het ging in de uitspraak van 25 juni 2020, ECLI:NL:RBZWB:2020:2935, om het vastleggen van wils(on)bekwaamheid in het dossier zoals vereist in art. 8:9 lid 4 Wvggz bij toepassing van verplichte ggz-zorg. Rechtsoverweging 4.11 luidt onder andere :

"Ten overvloede merkt de rechtbank wel op dat zij met partijen de mening deelt dat het begrip 'wilsbekwaamheid' veel verwarring opwekt. Uit de artikelsgewijze toelichting blijkt dat het begrip wils(on)bekwaamheid tot een meerledige interpretatie aanleiding geeft. Dit werkt spraakverwarring in de hand, zoals deze thans ook aan de orde is. Enerzijds is er de vaardigheid om de wil te uiten, die in veel gevallen ook bij een ernstig psychiatrisch toestandsbeeld nog intact is. Daarnaast is er de wilsbekwaamheid in juridische zin. Daarmee wordt bedoeld op het vermogen van een persoon om tot een ter zake van specifieke afwegingen op het terrein van de zorg te komen tot een 'redelijke waardering van zijn belangen'. Het oordeels- en besluitvormingsvermogen van iemand die voldoet aan de criteria voor verplichte zorg zal wel onder invloed van zijn psychische stoornis kunnen zijn aangetast. In die zin zal sprake kunnen zijn van wilsonbekwaamheid, gerelateerd aan de afwegingen die op dat moment van betrokkene kunnen worden gevraagd. Dit kan de mogelijkheid van het honoreren van de voorkeuren en wensen van betrokkene beïnvloeden. Artikel 8:9 lid 4 sub a Wvggz verwijst naar de rechtbank begrijpt uit de toelichting naar de juridische uitleg van het begrip wilsbekwaamheid."

Inmiddels is er in de rechtspraak een ontwikkeling om wilsbekwaam verzet meer te honoreren. Deze ontwikkeling heeft een belangrijke impuls gekregen door het arrest van de Hoge Raad op 4 februari 2022 over toepassing van art. 2:1 lid 6 en 8:9 lid 4 van de Wvggz. Zie ook hierna.

7.3.6 Wils(on)bekwaamheid in de Wvggz

Bij wilsonbekwaamheid van de persoon van zestien jaar of ouder worden de rechten uit deze wet uitgeoefend door de vertegenwoordiger. Bij zestien- en zeventienjarigen zijn dat de ouder(s) of de voogd(en). Bij wilsonbekwame meerderjarigen zijn dat de curator of mentor dan wel de gemachtigde. De machtiging hoeft niet schriftelijk te zijn verleend; wel moet de gemachtigde zich schriftelijk bereid hebben verklaard. Indien mentor, curator of een gemachtigde ontbreken, zijn bevoegd de echtgenoot, geregistreerd partner of levensgezel of een (groot)ouder, (klein)kind, broer of zus (art. 1:3 leden 1-3 Wvggz). De rangorde van vertegenwoordigers komt overeen met de hiërarchie van vertegenwoordigers van wilsonbekwame meerderjarigen in de WGBO en de Wzd met één uitzondering. De gemachtigde in de Wvggz is ook bij wilsbekwaamheid van betrokkene die de

volmacht verleende, bevoegd. Dit is juridisch correct als de volmacht niet beperkt was tot situaties van wilsonbekwaamheid, maar in de praktijk zal deze situatie zich weinig voordoen. Het gaat vaak om persoonlijk handelen door betrokkene zelf die medicatie inneemt of deelneemt aan therapie en vertegenwoordigend optreden voor een ter zake wilsbekwaam persoon is hier moeilijk voorstelbaar. Vanaf zestien jaar kan een volmacht worden verleend.

Bij minderjarigen onder de zestien jaar treden de ouders of voogden of de ouder of voogd die alleen het gezag uitoefent, in plaats van de cliënt op. Wilsbekwaamheid van de jongere lijkt hier geen rol te spelen. Deze regeling wijkt af van de regeling in de WGBO en de Wzd, waar jongeren tussen de twaalf en zestien jaar samen met hun wettelijk vertegenwoordiger beslissen, en binnen de Wzd de rechten uit die wet gezamenlijk uitoefenen. In de regeling betreffende instemming en verzet (art. 1:4 Wvggz), blijkt overigens dat vanaf twaalf jaar verzet van betrokkene ertoe leidt dat instemming ontbreekt. Tot twaalf jaar is er instemming als de vertegenwoordiger instemt. Verzet van het kind maakt dit niet anders. En evenals in de WGBO gaat de Wvggz bij minderjarigen tussen de twaalf en zestien jaar uit van instemming als jongere en wettelijk vertegenwoordiger(s) instemmen. Vanaf zestien jaar is de hoofdregel dat bij wilsbekwaamheid de betrokkene instemt of zich verzet en bij wilsonbekwaamheid er sprake is van verzet als of betrokkene of de vertegenwoordiger zich verzet. Art. 1:4 lid 5 Wvggz formuleert een oplossing voor een situatie waarbij noch de WGBO (er is geen instemming) noch de Wvggz (er is geen verzet) van toepassing is. In dat geval beslist de ouder of voogd als betrokkene nog geen achttien jaar is, of een te benoemen mentor.

De zorgverantwoordelijke in de Wvggz legt schriftelijk vast voor welke beslissingen betrokkene voor wilsonbekwaam moet worden gehouden. Hij vermeldt daarbij datum, tijdstip en om welke beslissing het gaat. De vaststelling van wilsonbekwaamheid wordt na overleg met de vertegenwoordiger genomen en de geneesheer-directeur wordt hierover geïnformeerd (art. 1:5 Wvggz).

De Wzd verplicht in art. 7 lid 3 de zorgverantwoordelijke om zoveel als mogelijk rekening te houden met de wensen en voorkeuren van de cliënt. Art. 2:1 lid 6 Wvggz formuleert dat de wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van verplichte zorg worden gehonoreerd tenzij er acuut gevaar dreigt of betrokkene niet tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is. De art. 4:1 t/m 4:3 betreffen de mogelijkheid om bij wilsbekwaamheid een zelfbindingsverklaring op te stellen, te wijzigen of in te trekken, waardoor de regie van betrokkene bij toepassing van verplichte zorg wordt versterkt. Voor de geldigheid van een dergelijke verklaring is wel vereist dat een onafhankelijk arts of deskundige heeft vastgesteld dat betrokkene wilsbekwaam ter zake is.

De vormen van onvrijwillige zorg vermeld in de Wzd komen overeen met de vormen van verplichte zorg in de Wvggz, maar een belangrijke toevoeging is dat in de Wvggz ook de onvrijwillige opname wordt opgevat als een vorm van verplichte zorg. En anders dan in de Wzd is het de rechter, of bij spoed de burgemeester, die oordeelt over de verzochte vormen van verplichte zorg.

Art. 8:9 Wvggz bepaalt in lid 4 dat de zorgverantwoordelijke bij de beslissing verplichte zorg te gaan toepassen die niet bestaat uit verplichte opname, schriftelijk vastlegt of er sprake is van dreigend acuut gevaar voor de cliënt zelf of ernstig nadeel voor anderen en of de cliënt wilsbekwaam ter zake is. Indien blijkt, al dan niet na deskundigenonderzoek, dat de cliënt wilsbekwaam ter zake is en dat er

geen acuut levensgevaar dreigt voor hemzelf of een aanzienlijk risico op ernstig nadeel voor anderen is, kan de rechter het verzoek om verplichte zorg te kunnen – blijven - toepassen, niet toewijzen. In dat geval dient het in art. 2:1 lid 6 Wvvgz hierboven vermelde uitgangspunt te worden aangehouden en de wensen en voorkeuren van betrokkene te worden gehonoreerd. Evenals bij toepassing van de Wzd groeit de ruimte om wilsbekwaam verzet te honoreren. Het is aan de Hoge Raad of de wetgever daartoe aangemoedigd door de opstellers van het eindrapport van de [Wetsevaluatie Wvvgz en Wzd](#) om hier duidelijkheid te verschaffen.

7.3.7 Wils(on)bekwaamheid in de Wtl

Bij toepassing van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl of Euthanasiewet) speelt wils(on)bekwaamheid op een aantal momenten een belangrijke rol. Toepassing van euthanasie valt niet onder de WGBO, omdat het geen normaal medisch handelen betreft. Het is geen patiëntenrecht, in ieder geval niet in de klassieke zin van het woord. De Wtl is een strafuitsluitingswet. Op de eerste plaats is een van de vereisten dat er sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Weloverwogen veronderstelt wilsbekwaamheid en omdat het gaat om een zeer ingrijpende beslissing, worden aan de wilsbekwaamheid hoge eisen gesteld. Zowel de behandelend arts als de [SCEN-arts](#) moeten de overtuiging hebben dat aan de voorwaarde van wilsbekwaamheid is voldaan. Ook bij mensen met dementie of een verstandelijke beperking kan een verzoek tot euthanasie aan de orde zijn. In dat geval zal een specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijke gehandicapten bij de behandeling van het verzoek betrokken worden.

De leden 3 en 4 van art. 2 Wtl bevatten een regeling voor euthanasieverzoeken van minderjarigen tussen de 12 en 18 jaar. Euthanasie bij minderjarigen onder de twaalf jaar is niet geregeld. Bij een verzoek van een wilsbekwame minderjarige van zestien of zeventien jaar vereist art. 2 lid 3 Wtl dat de ouders of de voogden bij de besluitvorming betrokken worden. Instemming is niet vereist; wel dat ze worden geïnformeerd en bij de voorbereidende gesprekken zijn betrokken. Gaat het om een verzoek van een wilsbekwame minderjarige van twaalf, dertien, veertien of vijftien jaar, dan moeten degene(n) die met het gezag over de minderjarige is/zijn belast, zich met het verzoek kunnen verenigen, dat wil zeggen, ermee instemmen (art.2 lid 4 Wtl).

Art. 2 lid 2 Wtl bevat de mogelijkheid dat wanneer een wilsbekwaam persoon van zestien jaar of ouder een schriftelijke verklaring heeft opgesteld waarin duidelijk de wens om euthanasie in een bepaalde situatie is vastgelegd, de arts aan een dergelijke schriftelijke verklaring gevolg kan geven. Dit onder de voorwaarde dat aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan, waaronder uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Anders dan bij de niet-behandelverklaring uit de WGBO gaat het hier om een bijzonder medisch handelen met zeer ingrijpende gevolgen. De ontwikkeling in de jurisprudentie laat zien dat een rechtsgeldige schriftelijke verklaring voldoende is om tot euthanasie te kunnen overgaan. Twijfels of onzekerheid met betrekking tot de wilsbekwaamheid op het moment van het opstellen van de verklaring kunnen worden weggenomen door, voor zover mogelijk, een herhaaldelijk bevestigen van de verklaring in tegenwoordigheid van de arts. De arts is hierdoor in staat een inschatting van de wilsbekwaamheid op dit punt te maken. Zie ook het [KNMG-standpunt Levenseinde](#).

Wilsbekwaamheid (en de eventuele beoordeling daarvan) is dus zowel aan de orde bij het mondelinge verzoek tot levensbeëindiging, als bij de vraag wanneer een eventuele wilsverklaring conflicteert met de uitingen in woord en gedrag (in het bijzonder in de zin van een wens tot leven) van de actuele patiënt. Overigens is de arts niet verplicht euthanasie uit te voeren zoals duidelijk blijkt uit de formulering van art. 2 Wtl.

7.3.8 Vertegenwoordigers

De WGBO, Wzd en de Wvggz kennen eenzelfde opsomming en hiërarchie van vertegenwoordigers. Het gaat om vier niveaus. Op het onderste, vierde niveau, bevinden zich de (groot)ouders, (klein)kinderen, broers en zussen van de wilsonbekwame cliënt. Op het derde niveau de partner, op niveau twee de door de cliënt schriftelijk gevolmachtigde en op het eerste niveau de ouders of voogden in geval van een minderjarige cliënt, of de [mentor of curator](#) bij een meerderjarige cliënt. Een vertegenwoordiger op een hoger niveau schakelt vertegenwoordigers op een lager niveau uit (art. 7:465 leden 2 en 3 BW, art. 1 lid 1 onder e Wzd en art. 1:3 lid 3 onder b Wvggz). De Wvggz geeft de gemachtigde een bijzondere plaats in deze rangorde in de zin dat deze ook bevoegd is op te treden bij wilsbekwaamheid van de patiënt. In art. 8.1.2 lid 1 onder d en e van de Wet Langdurige Zorg (Wlz) is een zelfde rangorde opgenomen als in de WGBO, Wzd en Wvggz, zij het dat de grootouders en kleinkinderen - nog -niet aan de lijst van naaste familieleden zijn toegevoegd. De omvang van de bevoegdheden van de diverse vertegenwoordigers op zich verschilt niet. Zij oefenen de rechten van de cliënt in de desbetreffende wet uit bij wilsonbekwaamheid van de cliënt ter zake. Enige onduidelijkheid bestaat er bij de vraag of de vertegenwoordiger een zelfstandig recht tot klagen heeft in de Wzd en de Wvggz en of de mentor en curator een sterker recht op informatie hebben dan andere vertegenwoordigers. Beide vragen komen hieronder aan de orde.

Art. 3 lid 8 Wzd verplicht de zorgaanbieder om bij de rechter een mentorschap te verzoeken bij voorgenomen of al toegepaste onvrijwillige zorg aan een wilsonbekwame cliënt die geen vertegenwoordiger heeft. Eenzelfde verplichting kent art. 1:3 lid 4 Wvggz wanneer het gaat om – voorgenomen – verplichte ggz aan een wilsonbekwame patiënt zonder vertegenwoordiger. De WGBO regelt zorg op basis van vrijwilligheid en overeenstemming en bevat één bepaling, art. 7:465 BW, die dwang mogelijk maakt. De Wzd en de Wvggz zijn gericht op het bevorderen en honoreren van wilsbekwaamheid, maar regelen primair onder welke voorwaarden dwangzorg en dwangopname kan plaatsvinden. Bij toepassing van de WGBO kan het als behorend tot de zorg van een goed zorgverlener worden gerekend om voor wilsonbekwame cliënten zonder vertegenwoordiger bij de rechter om benoeming van een mentor te verzoeken. Deze verplichting kan ook uit art. 3 lid 8 Wzd worden afgeleid. De aan- of afwezigheid van wilsbekwaamheid bij de cliënt is ook aan de orde bij toepassing van art. 5 dat handelt over het opstellen van het zorgplan met de cliënt of zijn vertegenwoordiger.

De vertegenwoordiger dient de zorg van een goed vertegenwoordiger in acht te nemen en de cliënt zoveel mogelijk te betrekken bij de vervulling van zijn taak (art. 3 lid 6 Wzd en 1:3 lid 7 Wvggz). De vertegenwoordiger is niet bevoegd om vertegenwoordigend op te treden bij wilsbekwaamheid van de cliënt tenzij de cliënt dit goed vindt. Adviseren en ondersteunen is in alle gevallen toegestaan en kan

voor de cliënt even belangrijk zijn als het namens de cliënt verrichten van rechtshandelingen als vertegenwoordiger.

In de dagelijkse praktijk komen beslissingen soms tot stand zonder dat duidelijk is wie nu heeft beslist of ingestemd en ook niet duidelijk is of het een rechtshandeling betreft of een beslissing in het kader van de uitvoering van een eerder aangegane overeenkomst. Ook shared of co-decision making waarbij de behandelaar samen met de cliënt een zorgbeslissing neemt, is in ontwikkeling. Lang niet altijd is het nodig om juridisch scherp te hebben wie de uiteindelijke beslissing heeft genomen en als dit de cliënt was, of hij ter zake wilsbekwaam was. In alle situaties waarbij de cliënt wordt ondersteund om zelf te beslissen, is overigens niet alleen aandacht voor wilsbekwaamheid in enge zin op zijn plaats; de uiteindelijke verklaring van de cliënt kan ook tot stand zijn gekomen onder invloed van wat art. 12 VN-verdrag handicap 'undue influence' noemt (zie ook Module '[Het begrip wilsbekwaamheid](#)')³. Bij signalen van angst, agressie, dreiging, misleiding of manipulatie rijst de vraag of hiermee ook de wilsbekwaamheid is aangetast.

In het algemeen is de vertegenwoordiger tot vertegenwoordigend optreden bevoegd bij vastgestelde wilsbekwaamheid van de cliënt. Dit komt ook elders tot uiting; zo wordt de vertegenwoordiger in de Wmo omschreven als: 'de persoon of rechtspersoon die een cliënt vertegenwoordigt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake' (art. 1.1.1 lid 1 Wmo).

Bij het klachtrecht wordt wel aangenomen dat de vertegenwoordiger een zelfstandig recht op het indienen van een klacht heeft tegen de beslissing dat een cliënt ter zake van een bepaalde aangelegenheid of beslissing wilsbekwaam is en de vertegenwoordiger van mening is dat zijn cliënt op dit punt juist wilsbekwaam is (art. 55 lid 1 onder a Wzd). Het buitenspel zetten van een vertegenwoordiger is ook binnen de Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) een reden om een klacht in te dienen (art. 14 lid 2 en 21 lid 2 Wkkgz). De vertegenwoordiger kan over alle in art. 55 Wzd vermelde onderwerpen een klacht indienen. Het valt echter niet uit te sluiten dat zijn klacht niet-ontvankelijk wordt verklaard als de wilsbekwame cliënt niet akkoord gaat met het indienen van de klacht.

Een algemene beperking van de bevoegdheid tot vertegenwoordigen wordt aangenomen bij voor de cliënt hoogstpersoonlijke beslissingen; ingrijpende beslissingen van medische aard kan de vertegenwoordiger niet alleen nemen. Wel is zijn toestemming vereist bij een dergelijke door professionele hulpverleners te nemen beslissing.

Op een aantal plaatsen bepaalt de Wzd wie wordt uitgenodigd voor overleg of wie wordt geïnformeerd. Een enkele keer wordt alleen de vertegenwoordiger vermeld bijv. in de art. 36, 42 onder c, en 47 lid 2 Wzd. De formulering luidt soms 'cliënt en zijn vertegenwoordiger' en soms 'cliënt of zijn vertegenwoordiger'. In het laatste geval is duidelijk dat de vertegenwoordiger dit recht alleen kan uitoefenen bij wilsbekwaamheid van de cliënt. Wanneer gekozen is voor de formulering 'cliënt en vertegenwoordiger' is dit niet altijd duidelijk. De formuleringen komen voor in de art. 5 t/m 12, 13, 15, 16, 18c, 22, 28b, 29, 31, 33, 44, 45, 48, 52, 57 en 58 Wzd.

Verdedigbaar is dat een door de rechter benoemde vertegenwoordiger een sterker recht op

informatie heeft dan andere vertegenwoordigers, maar in de wet is dit niet terug te vinden. Op twee plaatsen betreft het de bereidheid van de vertegenwoordiger om mee te werken aan de voorwaarden die gesteld worden bij een te verlenen voorwaardelijk verlof of ontslag (art. 47 lid 9 en 48 lid 10 Wzd).

De positie van de vertegenwoordiger in de Wvvgz komt in grote lijnen overeen met die van de vertegenwoordiger in de Wzd. Het klachtrecht zowel voor betrokkene als voor de vertegenwoordiger is wel uitgebreider. Eén van de beslissingen waarover geklaagd kan worden zowel door betrokkene als door de vertegenwoordiger, betreft de vaststelling van wilsonbekwaamheid. Wanneer betrokkene voor wilsbekwaam wordt gehouden, is de mening van de vertegenwoordiger minder relevant. Opvallend in de Wvvgz is dat naast de vertegenwoordiger er ook ruimte is voor betrokkenheid van 'voor de continuïteit van de zorg relevante familie en naasten'. In de Wzd wordt alleen in art. 48 lid 13 hier melding van gemaakt.

7.3.9 Wilsbekwaamheid en langdurige zorg in juridische hoofdlijnen

Deze hoofdlijnen beschreven in deze paragraaf zijn bedoeld om de juridische achtergrondinformatie op een voor de praktijk toegankelijke manier weer te geven. In deze paragraaf gaat het over drie wetten, de WGBO, de Wzd en de Wvvgz. Er zijn meer wetten die gaan over zorg waarin wilsbekwaamheid van belang is, zoals de Wet op de orgaandonatie, de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek en de Euthanasiewet. De Euthanasiewet komt ook kort aan de orde, de andere wetten niet. Ten slotte gaat deze hoofdlijnen-paragraaf in op schriftelijke wilsverklaringen.

Wils(on)bekwaamheid, handelings(on)bekwaamheid en handelings(on)bevoegdheid

Bij wilsonbekwaamheid gaat het om een niet kunnen, het niet kunnen begrijpen van een zorghandeling of het niet kunnen overzien van het geven van toestemming of het weigeren van toestemming. Bij handelingsonbekwaamheid of handelingsonbevoegdheid gaat het om iets niet mogen. Maatregelen als curatele, bewind of mentorschap betekenen dat de cliënt een door de rechter benoemde vertegenwoordiger krijgt en dat hij formeel handelingsonbekwaam of onbevoegd wordt. Bewind gaat over geld en goederen, mentorschap over zorg en curatele over allebei. De regel dat wie onder curatele of mentorschap staat, niet meer zelf zorgbeslissingen mag nemen, is in het recht vervangen door de regel dat een cliënt met een mentor of curator zelf mag beslissen zolang hij ter zake wilsbekwaam is.

Dus voor alle cliënten met of zonder mentor of curator geldt dat ze zelf mogen beslissen of weigeren als ze wilsbekwaam zijn, dus als ze kunnen begrijpen om welke beslissing het gaat en wat de gevolgen van toestemmen of weigeren voor gevolgen kan hebben.

Er zijn situaties waarbij het voor de hulpverlener niet duidelijk is of de cliënt beslisvaardig genoeg (en dus wilsbekwaam) is om zelf te kunnen beslissen. Als de gevolgen van de beslissing gering zijn is het niet nodig de wilsbekwaamheid te beoordelen. Dat betekent meegaan in de wens van de cliënt ook al heeft hij niet goed begrepen om wat voor beslissing of handeling het gaat of wat de eventuele gevolgen zijn. Als overduidelijk is dat de cliënt wilsonbekwaam is, bijvoorbeeld bij een comateuze cliënt, is een beoordeling van wilsbekwaamheid ook niet nodig. Dan kan in overleg met de vertegenwoordiger gekozen worden voor de zorgbeslissing of (be)handeling die voor de cliënt het

best is. Uitgaan van wilsbekwaamheid betekent dat er niet te makkelijk vanuit mag worden gegaan dat er sprake is van wilsonbekwaamheid. Een zorgverlener doet er dan alles aan om de cliënt, eventueel met ondersteuning, te laten beslissen. Een beoordeling van wilsbekwaamheid is primair gericht op het bevorderen van de beslisvaardigheid van de cliënt. Voor het uitvoeren van een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling is toestemming van de cliënt vereist.

Onvrijwillige zorg

Zorg verlenen aan een cliënt die daar zelf niet mee instemt ('onvrijwillige zorg'), is in het recht mogelijk. Er zijn dan echter wel bijzondere voorwaarden of waarborgen. Dat geldt zeker wanneer de cliënt zich verzet. Er zijn twee belangrijke mensenrechten in het geding bij zorg waar iemand niet zelf mee instemt: het recht op integriteit van het lichaam (niemand komt aan je lijf als je dat zelf niet wil) en het recht op vrijheid om te gaan en staan en te wonen waar je zelf wil.

Wilsbekwaamheid in de WGBO, Wzd en Wvggz

WGBO

Deze wet is de basiswet voor de rechten en plichten van een cliënt/patiënt en een hulp-/zorgverlener. Art. 7:465 BW maakt onvrijwillige zorg mogelijk maar niet gedwongen opname in een instelling. Het gaat hier om aantasting van het recht op integriteit van het lichaam. Dit is mogelijk bij wilsonbekwaamheid van de cliënt. Hierbij is vereist dat de vertegenwoordiger akkoord gaat en dat de behandeling of ingreep nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen (nadeel voor anderen wordt hier niet meegewogen). De WGBO regelt niet wie bevoegd is om de wilsonbekwaamheid vast te stellen.

Wzd

Deze wet maakt onvrijwillige zorg en onvrijwillige opname mogelijk voor cliënten bij wie het CIZ of een arts heeft vastgesteld dat ze aanspraak hebben op zorg vanwege hun dementie of verstandelijke beperking (of een aandoening met dezelfde gevolgen). Onvrijwillige opname in een Wzd-accommodatie gaat via art. 21 wanneer de cliënt zich niet verzet maar ook niet instemt, of via art. 24, 26 en daarna, wanneer er verzet is. Wilsbekwaamheid speelt bij beslissingen over opname geen rol. Onvrijwillige opname is mogelijk bij vastgestelde psychogeriatrische aandoeningen of verstandelijke beperking en als het echt nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt of voor anderen te voorkomen. Onvrijwillige zorg is zorg waartegen de cliënt of de vertegenwoordiger zich verzet (art. 2). Toepassing van zorg ondanks verzet is mogelijk bij een cliënt die onder de Wzd valt omdat hij een vastgestelde aanspraak op zorg heeft vanwege zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, maar dan moet het stappenplan worden gehanteerd. Voor drie vormen van zorg die rechtstreeks het recht op integriteit van het lichaam of het recht op vrijheid raken, moet het stappenplan ook worden gevolgd als de cliënt wilsonbekwaam ter zake is, hoewel er geen verzet is (art. 2 lid 2).

Behalve art. 2 lid 2 zijn er nog meer plaatsen in de Wzd waar beoordeling van wilsbekwaamheid aan de orde is. De belangrijkste twee betreffen het optreden van een vertegenwoordiger en het zoeken naar zorg op vrijwillige basis. Art. 3 regelt dat een vertegenwoordiger pas namens zijn cliënt kan optreden als door een deskundige is vastgesteld dat de cliënt ter zake wilsonbekwaam is. Deze deskundige moet een arts, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist zijn.

De derde situatie betreft de art. 10 en 12. Onvrijwillige zorg mag alleen worden opgenomen in het zorgplan en worden toegepast als deze vorm van zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de cliënt of anderen af te wenden en als er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn. Het onderzoek naar mogelijkheden voor vrijwillige zorg houdt onder meer in dat geprobeerd wordt de beslisvaardigheid van de cliënt te ondersteunen, bijvoorbeeld door informatie op maat, zodat deze de beslissing zelf kan nemen. Ook kan bij wilsonbekwaam verzet (dit is niet snel aanwezig maar bij psychogeriatrische aandoeningen en verstandelijke beperkingen kan hiervan wel sprake zijn) het verzet worden gepasseerd en wanneer de vertegenwoordiger dan instemt met de voorgestelde vorm van zorg is er sprake van vrijwillige zorg. Wilsbekwaam verzet kan er toe leiden dat geen onvrijwillige zorg wordt toegepast ook al is aan de vereisten psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking en ernstig nadeel voldaan.

Wvggz

Deze wet regelt onvrijwillige zorg aan cliënten met een psychische stoornis. Anders dan in de Wzd spreekt de Wvggz over verplichte zorg; daaronder vallen zowel de vormen van onvrijwillige zorg die in art. 2 lid 1 Wzd worden beschreven als de onvrijwillige opname. Een opname als in art. 21 Wzd waar de cliënt niet instemt met de opname en het verblijf maar zich daartegen ook niet verzet, komt in de Wvggz niet voor. Verplichte zorg kan dus bestaan in onder dwang toegediende medicatie maar ook in gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Toepassing van vormen van verplichte zorg is, tenzij tijdelijk of spoed, alleen mogelijk als de rechter dit heeft toegestaan in de door hem afgegeven zorgmachtiging. Een stappenplan kent de Wvggz niet. Vrijwillige zorg is evenals in de Wzd uitgangspunt. Verplichte zorg is zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet. Bij een cliënt met een psychische stoornis (die door een niet bij de behandeling betrokken psychiater is vastgesteld) waarbij zijn gedrag als gevolg van de stoornis leidt tot ernstig nadeel voor hem of voor anderen, kan verplichte zorg worden toegepast (art. 3:3).

Art. 1: 3 lid 3 en art. 1:5 kennen een regeling vergelijkbaar met art. 3 Wzd waarbij wordt bepaald dat een vertegenwoordiger pas namens zijn cliënt kan optreden als door een deskundige is vastgesteld dat de cliënt ter zake wilsonbekwaam is. Bevoegd tot deze beoordeling van wilsbekwaamheid is de zorgverantwoordelijke, een BIG-geregistreerde specialist.

Uit de verplichting in de Wzd tot het onderzoeken van mogelijkheden voor vrijwillige zorg kan worden afgeleid dat daarbij ook de vraag aan de orde komt of er bij de cliënt sprake is van wils(on)bekwame instemming of wils(on)bekwaam verzet. In de Wvggz is dit nadrukkelijker geregeld mede door rechtspraak van Hoge Raad. Het zoveel mogelijk honoreren van de wensen en voorkeuren van de cliënt wordt in beide wetten benadrukt (zie art. 7 lid 3 Wzd), maar krijgt in de Wvggz meer gewicht. De wensen en voorkeuren van de cliënt ten aanzien van de zorg worden in principe gehonoreerd. De rechter kan in de verzochte zorgmachtiging geen vormen van verplichte zorg opnemen als de cliënt zich hiertegen verzet, tenzij de cliënt ter zake wilsonbekwaam is of er acuut levensgevaar dreigt voor hem of er een aanzienlijk risico bestaat op ernstig nadeel voor anderen (art. 2: 1 lid 6). En als de zorgmachtiging de toepassing van sommige verzochte vormen van zorg niet toestaat, kunnen deze, tenzij tijdelijk, ook niet worden toegepast. Het is hier de rechter die oordeelt over wilsbekwaamheid. Maar ook als bepaalde vormen van verplichte zorg anders dan een onvrijwillige opname op grond

van de zorgmachtiging zouden mogen worden toegepast, moet de zorgverantwoordelijke voor hij overgaat tot toepassing ervan, nagaan of de cliënt op dit moment wilsbekwaam is en zich verzet tegen de voorgenomen zorg (de voorgenomen zorg komt niet overeen met zijn wensen en voorkeuren). En als de cliënt zich verzet maar ter zake voor wilsonbekwaam moet worden gehouden, moet de zorgverantwoordelijke nagaan of er acuut levensgevaar of ernstig nadeel voor anderen dreigt (art. 8:9). Hier is het de zorgverantwoordelijke die bevoegd is de wilsbekwaamheid van de cliënt te beoordelen.

Wilsverklaringen

Wilsverklaringen kunnen in tal van vormen voorkomen zoals een levenstestament of een bij de notaris afgelegde verklaring wie mentor zou moeten worden als dat op enig moment in de toekomst nodig mocht zijn. Bij de langdurige zorg gaat het om wilsverklaringen waarin een cliënt zijn wensen en voorkeuren vastlegt met het oog op een mogelijk latere zorgsituatie. De verklaring kan bestaan in een niet-behandelverklaring of een wens aan de hulpverlener om wel te handelen. De niet-behandelverklaring die in de WGBO is vastgelegd in art. 7:450 lid 3 BW betreft het onthouden van toestemming voor een mogelijk latere zorgbeslissing die zich kan voordoen. Ten tijde van het opstellen van de verklaring moet de opsteller ter zake wilsbekwaam zijn; de wilsverklaring wordt van belang wanneer de in de wilsverklaring beschreven situatie zich voordoet en de cliënt inmiddels wilsonbekwaam ter zake is geworden. Binnen de WGBO is er geen verplichting voor bepaalde hulpverleners om na te gaan of de opsteller bij de opstelling van zijn verklaring wilsbekwaam is en dat geldt ook voor de beoordeling van de wilsverklaring op het moment dat de in de wilsverklaring beschreven situatie zich voordoet. De in de Wvvgz opgenomen mogelijkheid van een zelfbindingsverklaring kent wel de eis dat een zorgverantwoordelijke en een – andere – psychiater bij de opstelling ervan betrokken moeten zijn (art. 4:1).

Een voorbeeld van een wilsverklaring waarin de hulpverlener wordt verzocht te handelen is de euthanasieverklaring (art 2 lid 2 Wet toetsing levensbeëindiging). Het is hier de arts die de wilsbekwaamheid beoordeelt. Het gaat om twee vragen: was de opsteller van de euthanasieverklaring wilsbekwaam ten tijde van het opstellen ervan, en is de wilsverklaring op deze situatie van toepassing? Omdat een wilsverklaring is opgesteld voor situaties waarin de opsteller ervan ter zake wilsonbekwaam is, kan zich de vraag voordoen of de cliënt op dit moment nog wilsbekwaam is en de wilsverklaring om die reden buiten beschouwing moet blijven. De verklaring is immers opgesteld voor een situatie waar sprake is van wilsonbekwaamheid van de opsteller van de verklaring.

8. Verantwoording

Autorisatiedatum 19-12-2023 Beoordelingsdatum 19-12-2023

8.1 Algemene achtergrondgegevens

De handreiking is ontwikkeld en wordt beheerd door Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ). De handreiking is gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De financier heeft geen invloed gehad op de inhoud van de handreiking.

8.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

Voor de ontwikkeling van deze handreiking is een multidisciplinaire werkgroep en klankbordgroep samengesteld. Deze kregen ook de nodige ondersteuning.

8.2.1 Werkgroep

In 2020 is een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Prof. dr. C.M.P.M. (Cees) Hertogh** (voorzitter), specialist ouderengeneeskunde, hoogleraar ouderengeneeskunde & ethiek van de zorg, Amsterdam UMC, locatie VU, Amsterdam, namens Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso).
- **K.P. (Katrien) Pouls (MSc)** (vicevoorzitter tot 1-12-2021), artsVG, 's Heeren Loo, Apeldoorn, namens Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).
- **Dr. A.M.A. (Annemieke) Wagemans** (vicevoorzitter vanaf 1-1-2022), artsVG (Koraal, Maastricht), namens Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).
- **Prof. dr. C. (Kees) Blankman**, bijzonder hoogleraar juridische bescherming van ouderen en meerderjarigen met beperkingen, VU, Amsterdam, op persoonlijke titel.
- **Drs. C.L. (Chris) den Besten**, gz-psycholoog, orthopedagoog, Stichting Philadelphia Zorg, Amersfoort, namens Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).
- **Dr. S.J. (Susanne) de Kort**, specialist ouderengeneeskunde, Topaz, Leiden, namens Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso).
- **J.P.S. (Pouwel) van de Siepkamp (B)** (tot 31-1-2021), namens Kansplus.
- **Drs. J.H.W.M. (José) Laheij**, (vanaf 29-3-2021), namens Kansplus.
- **J. (Josephine) Lambregts-Rusche (B)**, namens Alzheimer Nederland.
- **Dr. S. (Saskia) Teunisse**, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, hoofdopleider profielopleiding ouderenpsychologie, Amsterdam UMC, locatie VU, Amsterdam, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **S. (Shuna) Vanner (MSc)**, verpleegkundig specialist GGZ, GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo, namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).

8.2.2 Klankbordgroep

In 2020 is ook een multidisciplinaire klankbordgroep ingesteld, die meelas met de uitgangsvragen en commentaar gaf op de conceptversie van de handreiking. De klankbordgroep bestond uit:

- **Mr. G.H.F.A.M. (Gabie) Conradi**, adviseur bij Zorgbelang Brabant | Zeeland, namens Zorgbelang Nederland.
- **L.K. (Loes) den Dulk**, directeur stichting Raad op Maat, namens Raad op Maat.
- **Drs. H. (Henk) Geertsema**, GZ-psycholoog, docent beroepsethiek, ZZP-er, Amsterdam, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **Mr. Drs. M. R. (Robert) Helle**, specialist ouderengeneeskunde, gezondheidsjurist, Helle - Juridisch Medisch Advies, Amsterdam, namens Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso).
- **Drs. S. (Sarah) Kapitein-de Haan**, psychiater, Fivoor, Utrecht/Leiden, namens Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) – Platform Psychiatrie en Verstandelijke Beperking.
- **Drs. G. (Ginette) Klein**, namens MantelzorgNL.
- **C. (Christian) Klijs-Helsemans (MSc)**, verpleegkundig specialist GGZ, Het Parkhuis, Dordrecht, opleider, namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) – GGZ-verpleegkunde en Vakcommissie GGZ.
- **Drs. D.N. (Daphne) Konz**, arts VG, ASVZ, Rotterdam, docent AVG-opleiding, Erasmus MC, Rotterdam, namens Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).
- **Drs. J.H. (Jos) van der Poel**, medewerker team Dialoog en Landelijke Hulp, namens Alzheimer Nederland.
- **C.A.J.L. (Lian) Roovers**, cliëntondersteuner, bestuurder, namens Kansplus.
- **Drs. M. (Martine) Scholten-Kuiper**, GZ-psycholoog, Stichting Philadelphia Zorg, Dordrecht, namens Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).
- **Drs. W. (Winnie) Toersen**, adviseur patiëntenbelang, beleidsmedewerker, namens Patiëntenfederatie Nederland.
- **Dr. S.M.P. (Sisco) van Veen**, psychiater, GGZ InGeest, Amsterdam, onderzoeker, Amsterdam UMC, Amsterdam, namens Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) – Afdeling Ouderenpsychiatrie.
- **B. (Berdien) Weenink (BSc)**, werkbegeleider zorgcoach, Stichting Philadelphia Zorg, Goes, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **S. (Sandra) de Wit (MSc)**, verpleegkundig specialist AGZ (De Zijlen, Groningen), docent/onderzoeker (Hanzehogeschool, Groningen), namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) – Verstandelijk Gehandicaptenzorg.

8.2.3 Met ondersteuning van

Het ontwikkelproces is ondersteund door:

- **Dr. ir. F.A. (Francine) van den Driessen Mareeuw**, procesbegeleider SKILZ, Utrecht
- **Dr. A.L. (Alisa) Dutmer** (tot 1-9-2021), procesbegeleider SKILZ, Utrecht

- **Dr. P. (Patricia) Jepma** (van 1-9-2021 tot 1-9-2022), procesbegeleider SKILZ, Utrecht
- **F.E.M. (Femke) Aanhane (BSc)** (vanaf 1-9-2022): programmamanager/senior procesbegeleider SKILZ, Utrecht
- **Dr. T.I. (Tanja) Mol** (van 1-9-2023), procesbegeleider SKILZ, Utrecht
- **Dr. S. (Stef) Groenewoud**: (literatuur)onderzoeker, IQ Healthcare, Nijmegen
- **J. (Jolanda) van Haren**: ondersteuner literatuuronderzoek, IQ Healthcare, Nijmegen
- **Dr. M.K. (Marianne) Dees**: (literatuur)onderzoeker, IQ Healthcare, Nijmegen
- **Drs. M.K. (Mariska) Tuut**, epidemioloog, richtlijnmethodoloog, PROVA, Varsseveld.
- **M. (Mariska) Tekelenburg**, secretaresse SKILZ, Utrecht

8.3 Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de handreiking de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend ⁹⁵, zie de bijlage [Samenvattingstabel Belangenverklaringen](#). Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de handreiking. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de werkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via bureau@skilz.nu.

8.4 Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben de handreiking Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid geautoriseerd:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten
- Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

De volgende partijen hebben een verklaring geen bezwaar afgegeven voor de handreiking Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid:

- Alzheimer Nederland
- Patiëntenfederatie Nederland
- KansPlus
- Raad op Maat

8.5 Juridische betekenis

Richtlijnen en handreikingen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te

verlenen. Na autorisatie van een richtlijn of handreiking door een beroepsvereniging, wordt de richtlijn of handreiking gezien als deel van de 'professionele standaard'. Aanbevelingen in een richtlijn of handreiking zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de 'gemiddelde' cliënt, en zijn dus mogelijk niet op elk individueel geval van toepassing. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor de zorgverlener beslist dat het wenselijk is om in het belang van de cliënt van de richtlijn of handreiking af te wijken. Wanneer van de richtlijn of handreiking wordt afgeweken, moet dit beargumenteerd en gedocumenteerd worden.

8.6 Publicatiedatum en herziening

De publicatiedatum van deze handreiking is 19 december 2023. Uiterlijk in 2026 bepaalt het bestuur van SKILZ of deze handreiking nog actueel is. De aan de werkgroep verbonden organisaties delen de verantwoordelijkheid voor het actualiseren van het kwaliteitsinstrument. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om het kwaliteitsinstrument te herzien. De geldigheid van het kwaliteitsinstrument komt eerder te vervallen als nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

8.7 Financiële gevolgen

Er kan worden aangenomen dat de aanbevelingen in deze handreiking waarschijnlijk geen substantiële financiële gevolgen hebben. De implementatie van de handreiking zal wellicht wel (tijdelijk) extra kosten met zich meebrengen. Het implementeren van de nieuwe werkwijze zal door scholing en andere activiteiten in de eerste periode meer tijd en aandacht kosten, waar extra financiële gevolgen aan vastzitten.

8.8 Procesinformatie ontwikkeling handreiking

Deze richtlijn is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ. Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021) ⁹⁶, de HARING-tools (2013) ⁹⁷ en AGREE-II (2010) ⁹⁸.

8.8.1 Inbreng cliëntenperspectief

Tijdens de ontwikkeling van deze handreiking is het cliëntenperspectief in alle fases meegenomen. Cliëntenvertegenwoordigers hebben deelgenomen aan de knelpunteninventarisatie; de online vragenlijst is door diverse cliëntenorganisaties ingevuld. Tijdens de ontwikkeling van de handreiking is het cliëntenperspectief in de werkgroep vertegenwoordigd door Alzheimer Nederland en Kansplus en in de klankbordgroep door Alzheimer Nederland, KansPlus, Zorgbelang Nederland, Raad op Maat, MantelzorgNL en de Patiëntenfederatie Nederland. Zij hebben tijdens de ontwikkeling van de handreiking bewaakt dat ook de wensen van de cliënt en naasten zijn meegenomen in de inhoud van deze handreiking. Tijdens de commentaarfase is de handreiking daarnaast gelezen en van commentaar voorzien door de Patiëntenfederatie, KansPlus en Alzheimer Nederland.

8.8.2 Klankbordgroep

De klankbordgroep werd op twee momenten gedurende het ontwikkelproces betrokken, waarbij zij feedback gaven op de (concept)documenten:

1. Voor de start van het literatuuronderzoek op de (concept)uitgangsvragen
2. Voor de commentaarfase op de conceptversie van de handreiking

Het ontvangen commentaar werd bekeken en besproken met de werkgroep en meegenomen in het schrijven van de definitieve teksten.

8.8.3 Gebruik van andere richtlijnen

Er zijn enkele andere richtlijnen en handreikingen over wilsbekwaamheid. Deze gaan voornamelijk in op de formele beoordeling van wilsbekwaamheid. De focus in de voorliggende handreiking ligt echter veel meer op het ondersteunen van beslisvaardigheid en roept op om zo veel mogelijk weg te blijven bij een formele beoordeling. Er wordt in deze handreiking daarom nauwelijks verwezen naar andere richtlijnen of handreikingen. Deze handreiking geeft echter wel handvatten voor het geval dat een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling onvermijdelijk is. Er wordt (in de module '[Het beoordelen en vastleggen van de wilsbekwaamheid](#)') een stappenplan beschreven dat grotendeels gebaseerd is op de handreiking 'Toetsing wilsbekwaamheid voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking'. Deze is in opdracht van NVO, NIP en Stichting Philadelphia Zorg ontwikkeld en kwam in 2020 uit ⁵. Voor die handreiking is geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Het gebruikte stappenplan in de voorliggende handreiking is daarom slechts gedeeltelijk overgenomen en aangevuld met inzichten uit de gevonden literatuur. Daarnaast is afstemming gezocht met:

- de richtlijn [Palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking](#) van IKNL ⁹⁹,
- de handreiking [Zorg voor mensen die stoppen met eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen](#) van KNMG (wordt momenteel herzien, verwijst naar voorliggende handreiking),
- de handreiking Goed vertegenwoordigerschap wordt ontwikkeld door Vilans in opdracht van het Ministerie van VWS en kan bruikbaar zijn voor het vormgeven van vertegenwoordigerschap bij wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid.

8.8.4 Van knelpunten naar aanbevelingen

Knelpunteninventarisatie

Om te achterhalen waar men in de praktijk precies tegenaan loopt als het gaat om wils(on)bekwaamheid van cliënten, is een zogenaamde knelpunteninventarisatie uitgevoerd. Dit werd gedaan door middel van een vragenlijst die uitgestuurd werd naar relevante beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties. De vragenlijst werd opgesteld aan de hand van onderwerpen die in een eerdere handreiking wilsbekwaamheid uit 2008 (Verenso) aan bod kwamen en aanvullingen daarop die in overleg met de voorzitter van de werkgroep naar voren kwamen.

Beroeps- en cliëntenorganisaties waarvan de achterban regelmatig met wilsbekwaamheidsvragen in de langdurige zorg te maken had, zijn uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen.

De antwoorden op de vragenlijsten werden gelezen, waarbij knelpunten zijn geëxtraheerd. Van elk knelpunt werd ook aangegeven door welke organisatie(s) het was genoemd. De knelpunten werden gesorteerd op thema, waardoor brede knelpuntcategorieën ontstonden. Tussen de knelpunten binnen deze categorieën bestond nog overlap. Daarom werden de knelpunten verder geclusterd waardoor vier hoofdcategorieën ontstonden met elk vier tot zeven knelpunten. Naast specifieke knelpunten, kwamen door deze categorisering en clustering situaties naar voren waarin wilsbekwaamheid een rol speelt en waar de handreiking op in zou moeten gaan. Ten slotte leidde dit proces tot suggesties voor de gebruikers van de handreiking, eindproducten (naast de handreiking) en instrumenten die gebruikt worden voor het beoordelen van wilsbekwaamheid.

Een verslag van de knelpunteninventarisatie is terug te vinden in de [Bijlage-knelpuntenanalyse](#).

Opstellen uitgangsvragen

Op basis van de opgehaalde knelpunten, heeft de werkgroep uitgangsvragen voor de handreiking opgesteld. Deze zijn tijdens de tweede werkgroepbijeenkomst op 12 januari 2021 door de werkgroep besproken en vervolgens na schriftelijke accordering door alle werkgroepleden via de e-mail op 22 februari 2021 vastgesteld.

De volgende uitgangsvragen zijn vastgesteld:

1. Hoe kan het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk gehanteerd worden?
2. In welke situaties kan een formele beoordeling van wilsbekwaamheid ter zake nuttig zijn en in welke situaties niet? En wat is het beleid bij schriftelijke wilsverklaringen en hoogstpersoonlijke beslissingen?
3. Op welke manier kan iemands beslisvaardigheid optimaal ondersteund worden?
 1. Op welke manier kan mogelijk verminderde beslisvaardigheid herkend en verkend worden?
 2. Op welke manier kan de ondersteuning van iemands beslisvaardigheid vormgegeven worden?
5. Op welke manier kan een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling ter zake het beste uitgevoerd worden en wat is hiervoor nodig?

Methode literatuuronderzoek

Voor elke uitgangsvraag werd een zoekstrategie opgesteld. Deze zoekvragen vormden de basis voor het bepalen van de zoekstrategie voor het literatuuronderzoek. Gezien het inleidende karakter van de eerste uitgangsvraag was een systematisch literatuuronderzoek voor deze vraag niet nodig. Voor de overige vragen werd wel systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. De zoekvragen zijn te vinden in de [Bijlage Methode literatuuronderzoek](#).

Vanwege de nauwe samenhang tussen uitgangsvragen 2 t/m 4 is ervoor gekozen om niet voor elke uitgangsvraag een aparte literatuursearch te doen. Er is dus gewerkt met één search. Hierbij werd, zoals het bij richtlijnontwikkeling gebruikelijk is, een zogenaamde PICO opgesteld: een zoekstrategie

bestaande uit vier onderdelen: 1. **Patient** (Patiënten-/cliëntenpopulatie van een richtlijn); 2. **Intervention** (interventie, bijv medicatie waarvan de richtlijn aanbeveelt deze wel of niet in te zetten); 3. **Control** de situatie waarin de interventie niet wordt uitgevoerd, of bijvoorbeeld een andere op dat moment gebruikelijke interventie of medicatie); 4. **Outcome** (de uitkomst waarop de interventie en de controle effect hebben, bijvoorbeeld betere gezondheidsuitkomst). De gebruikte PICO is te vinden in de [Bijlage Methode literatuuronderzoek](#).

Selecteren en includeren van studies

Voor elk onderdeel zijn door een literatuuronderzoeker zoektermen opgesteld, wat leidde tot onderstaande zoekstrategie. Deze zoekstrategie was geschikt voor de database van Ovid-Medline. Dezelfde zoekstrategie werd gebruikt in de databases Embase, Psycinfo, Cinahl en Web of Science, en indien nodig eerst aangepast aan de invoervereisten van de betreffende database. Vervolgens heeft ontdebelling plaatsgevonden en zijn de gevonden artikelen beoordeeld aan de hand van de volgende in- en exclusiecriteria. Dit gebeurde eerst op basis van titels en abstracts en daarna op basis van de hele tekst. Daarna zijn de gevonden artikelen toegewezen aan de drie uitgangsvragen. Voor een overzicht van de zoekstrategie en selectiecriteria, zie de [Bijlage Methode literatuuronderzoek](#).

De werkgroep heeft nog aanvullende grijze literatuur en boekhoofdstukken aangedragen die gebruikt konden worden voor de beantwoording van de uitgangsvragen. Er bleek echter ook dat de gevonden literatuur te weinig antwoord gaf op uitgangsvraag 3: 'Op welke manier kan iemands beslisvaardigheid optimaal ondersteund worden?'. Er is daarom besloten nog een aanvullende literatuursearch uit te voeren specifiek gericht op beslisvaardigheidsondersteuning. Om pragmatische redenen is deze search alleen uitgevoerd met behulp van Pubmed. De zoekstrategie voor deze aanvullende search en de gebruikte in- en exclusiecriteria staan in de [Bijlage Methode literatuuronderzoek](#). Daar staat ook een overzicht van het aantal gevonden en geselecteerde artikelen bij de twee searches.

Kwaliteitsbeoordeling van studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo in te kunnen schatten of, en in hoeverre, de artikelen betrouwbaar en bruikbaar waren voor de handreiking. De kwaliteitsbeoordeling is door één onderzoeker uitgevoerd. Gezien de grote diversiteit van de gevonden literatuur zijn op basis van de [PRISMA checklist](#) voor het rapporteren van literatuuronderzoek¹⁰⁰ kwaliteitscriteria samengesteld die toepasbaar zijn op meerdere soorten studies. Onderstaande criteria zijn gebruikt:

1. Is het onderzoek duidelijk beschreven?
2. Is het doel van het onderzoek duidelijk en specifiek?
3. Wordt de doelgroep (patiënten-/cliëntengroep) en setting duidelijk beschreven?
4. Past de gebruikte methode bij het doel?
5. Is de methode juist uitgevoerd? (dataverzameling (juiste sample en/of sample size, technieken), analyse, ...)
6. Interpretatie en generaliseerbaarheid van de resultaten: zijn de conclusies logisch/te

verwachten? Kunnen we er wat mee bij wilsbekwaamheid?

Samenvatten literatuur en beoordelen wetenschappelijk bewijs

Per uitgangsvraag is een tabel opgesteld met daarin informatie over het type, de kwaliteit en relevantie van elke geïnccludeerde studie. Ook is van elke studie een samenvatting geschreven. Gevolgd door een conclusie gebaseerd op alle literatuur samen, waarbij de kwaliteit van de studies in overweging werd genomen. In de volgende bijlagen staan de tabellen, studiesamenvattingen en literatuurconclusies per uitgangsvraag.

[Literatuurtabel en -samenvatting Uitgangsvraag 2 \(Wanneer wilsbekwaamheidsbeoordeling\)](#)

[Literatuurtabel en -samenvatting Uitgangsvraag 3 \(Ondersteunen beslisvaardigheid\)](#)

[Literatuurtabel en -samenvatting Uitgangsvraag 4 \(Wilsbekwaamheidsbeoordeling\)](#)

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Voor het formuleren van een aanbeveling (het antwoord op de uitgangsvraag) zijn naast de resultaten en kwaliteit van bewijs van de wetenschappelijke literatuur, vaak ook nog andere factoren van belang. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur, en plaatste daarbij haar overwegingen. Bij overwegingen voor richtlijnen worden in het algemeen de volgende aspecten meegenomen:

- gezondheidswinst,
- waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg,
- balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies,
- aanvaardbaarheid van interventies,
- ethische overwegingen,
- kosten(implicaties),
- veiligheid,
- duurzaamheid,
- haalbaarheid van een aanbeveling.

In elke module worden deze overwegingen beschreven onder 'Overwegingen'. In deze handreiking bleken vooral overwegingen met betrekking tot 'gezondheidswinst', 'waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg', 'balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies', 'aanvaardbaarheid van interventies', 'ethische overwegingen', 'veiligheid' en 'haalbaarheid' een rol. Overwegingen met betrekking tot 'duurzaamheid' en 'kosten(implicaties)' bleken minder van belang voor dit thema.

De gevonden literatuur bleek niet altijd toereikend om de aanbevelingen te kunnen formuleren. In die gevallen werd de expertise van de werkgroepleden in sterke mate aangesproken. Hieronder wordt

per uitgangsvraag beschreven op welke manier tot aanbevelingen werd gekomen.

- *Uitgangsvraag 1:* Basisliteratuur over (de dimensies van) wilsbekwaamheid en expertise van de werkgroep. Gezien het inleidende karakter van de eerste uitgangsvraag was een systematisch literatuuronderzoek niet nodig.
- *Uitgangsvraag 2:* Aan de hand van de literatuursamenvattingen. Er werden echter slechts twee bruikbare studies gevonden (door de werkgroep aangevuld met nog 1 artikel). Daarom is door de werkgroep een informele search uitgevoerd en werd gebruikgemaakt van de literatuur die voor uitgangsvraag 1 was gebruikt. Voor elke module geldt dat het formuleren van overwegingen en aanbevelingen in eerste instantie werd gedaan door één of meerdere werkgroepleden. Zoals beschreven, gebeurde dit vaak op basis van expert opinion, waar mogelijk gestoeld door literatuur. Vervolgens werden de conceptoverwegingen en -uitgangsvragen voorgelegd aan de gehele werkgroep, die overwegingen toe kon voegen en aanbevelingen aan kon scherpen. Punten waarover veel discussie bestond, werden besproken tijdens werkgroepvergaderingen of in e-mailwisselingen om tot consensus te komen. In alle gevallen werden eindbeslissingen door de gehele werkgroep genomen, tijdens bijeenkomsten of schriftelijk (per e-mail).
- *Uitgangsvraag 3 en 4:* Aan de hand van de literatuursamenvattingen trachtte de werkgroep de uitgangsvragen te beantwoorden. Het bleek dat hiervoor naast de gevonden literatuur (beschreven in de literatuursamenvatting in de bijlage en in de 'onderbouwing'-paragraaf van elke module) ook de expertise van de werkgroepleden in sterke mate aangesproken werd, aangezien de literatuur de uitgangsvragen veelal slechts gedeeltelijk kon beantwoorden. Er werden daarom naast de gevonden literatuur ook (hand)boeken of bestaande handreikingen of richtlijnen gebruikt.

Formuleren van de aanbevelingen

Voor elke module geldt dat het formuleren van overwegingen en aanbevelingen in eerste instantie werd gedaan door één of meerdere werkgroepleden. Zoals beschreven, gebeurde dit vaak op basis van expert opinion, waar mogelijk gestoeld op literatuur. Vervolgens werden de conceptoverwegingen en -uitgangsvragen voorgelegd aan de gehele werkgroep, die overwegingen toe kon voegen en aanbevelingen aan kon scherpen. Punten waarover veel discussie bestond, werden besproken tijdens werkgroepbijeenkomsten of in e-mailwisselingen om tot consensus te komen. In alle gevallen werden eindbeslissingen door de gehele werkgroep genomen, tijdens bijeenkomsten of schriftelijk (per e-mail).

8.8.5 Van conceptrichtlijn tot publicatie

Opstellen van het implementatieplan

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in bijlage

[Implementatieplan](#).

Formuleren van kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze handreiking is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolg onderzoek staat in [Bijlage - Kennislacunes](#). Ook staat in de Bijlagen Literatuurtabel en -samenvatting per uitgangsvraag in meer detail aangegeven welke kennislacunes er zijn.

Commentaar- en autorisatiefase

De concepthandreiking is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de concepthandreiking aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve handreiking is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

De volgende verenigingen en organisaties hebben commentaar geleverd op de handreiking Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid:

Partijen		
Alzheimer Nederland	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
Actiz	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)	Vereniging Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Nederlandse Vereniging Orthopedagogen (NVO)	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
KansPlus	Patiëntenfederatie Nederland	
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Pharos	

Publicatie

Nadat de handreiking is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de handreiking gepubliceerd op het platform [Richtlijnen Langdurige Zorg](#).

9. Referentielijst

1. Van der Biezen, M., van de Glind, I., van de Ven, G., Andriessen, P., van Rooij, J., & Westerbeek, A. (2022). FWG Trendrapport Gehandicaptenzorg. De maatschappij, dat zijn zij. De gehandicaptenzorg als spiegel en gids. Stichting FWG. Beschikbaar op: <https://fwg.nl/app/uploads/2022/03/FWG-Trendrapport-Gehandicaptenzorg-2022-V-17-3.pdf> utm_source=Downloadknop+NIEUW+2&utm_medium=TR+GHZ+2022&utm_campaign=download+pagina&utm_id=FWG+Trendrapport+GHZ+2022
2. Van de Glind, I., & van de Ven, G. (2021). FWG Trendrapport VVT. #Hoedan? Ouderenzorg tussen wens en werkelijkheid. Stichting FWG. Beschikbaar op: <https://fwg.nl/app/uploads/2021/11/FWG-Trendrapport-VVT-2021-digitale-versie-1.pdf>
3. Wettenbank Overheid.nl. (2016). Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, New York, 13-12-2006. Beschikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBV0004045/2016-07-14>
4. Verenso. (2008). Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag. Utrecht. Beschikbaar op: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Thema-en-projecten/Dementie/Handreiking-WOB.pdf
5. NVO, NIP & Stichting Philadelphia Zorg. (2020). Handreiking Toetsing wilsbekwaamheid voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Beschikbaar op: <https://assets-eu-01.kc-usercontent.com/60b23ece-2ca8-01ae-7371-d7d0624a1f31/9ced7b68-77bd-4300-9fb4-b3a35b1ef04c/2006444%20NVO%20Handreiking%20wilsbekwaamheid%20%28def%29.pdf>
6. Witteman, C., van der Heijden, P., & Claes, L. (2015). Psychodiagnostiek. Het onderzoeksproces in de praktijk. De Tijdstroom.
7. Wettenbank Overheid.nl. (1995 en voor het laatst gewijzigd in 2020). Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. 13-12-2006. Beschikbaar op: https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2020-07-01/#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5
8. Haekens, A. (1998). Beslissingsbekwaamheid in de gerontopsychiatrische context. Leuven University Press.
9. Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2007). Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Beschikbaar op: <https://www.trimbos.nl/docs/664b1bad-b77a-4e66-aacb-a6a814982a3f.pdf>
10. Berghmans, R.L.P. (2000). Bekwaam genoeg? Wils(on)bekwaamheid in geneeskunde, gezondheidsrecht en gezondheidsethiek. Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek (NVBE).
11. Hertogh, C.M. (2012). De eenvoud van wetgeving en de weerbarstige praktijk [The simplicity of legislation and the unruly practice]. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 156(48), A5722.
12. Abernethy, V. (1984). Compassion, control, and decisions about competency. The American journal of psychiatry, 141(1), 53–58. doi: 10.1176/ajp.141.1.53
13. Wear, S. (1991). Patient, freedom and competency. In: Cutter, M.A.G., & Shelp, E.E. (eds). Competency: a study of informal competency determination in primary care. (pp. 227-237). Kluwer.
14. Faden, R.R., & Beauchamp, T.L. (1986). A history and theory of informed consent. Oxford

University Press.

15. Beauchamp, T.L. (1991). Competency. In: Cutter, M.A.G. & Shelp, E.E. (eds). Competency: a study of informal competency determination in primary care. (pp. 49-79). Kluwer.
16. Van de Klippe, C.J. (1990). Wilsbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen. Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg, 45(2), 123–38.
17. Legislation.gov.uk. (2005). Mental Capacity Act: Mental Capacity Act 2005. Beschikbaar op: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>
18. Appelbaum, P.S., & Roth, L.H. (1983). Patients who refuse treatment in medical hospitals. JAMA, 250(10), 1296–1301.
19. Appelbaum, P.S., & Grisso, T. (1988). Assessing patients' capacities to consent to treatment. The New England journal of medicine, 319(25), 1635–1638. doi: 10.1056/NEJM198812223192504
20. Drane J.F. (1985). The many faces of competency. The Hastings Center report, 15(2), 17–21.
21. Grisso, T., & Appelbaum, P.S. (1995). Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. The American journal of psychiatry, 152(7), 1033–1037. doi: 10.1176/ajp.152.7.1033
22. Biesart, M.C.I.H., & Hubben, J.H. (1997). Beoordeling van wilsbekwaamheid in de praktijk van de gezondheidszorg. Medisch Contact, 53(38), 1179–1182.
23. Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA). (1997). Medische zorg met beleid. Handreiking voor de besluitvorming over verpleeghuisgeneeskundig handelen bij dementerende patiënten. Utrecht.
24. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). (2004). Van wet naar praktijk: implementatie van de WGBO, Deel 2: Informatie en toestemming. Beschikbaar via: <https://www.knmg.nl/actueel/publicaties/wgbo>
25. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). (2014). Wils- en oordeelsbekwaamheid, verantwoordelijkheden en het vastleggen van behandelbeperking bij dementie. In: NVKG. (2014 en deels in 2021). Richtlijn Dementie. Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten. Beschikbaar op: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dementie_2023/startpagina_-_dementie_.html
26. Nussbaum, M.C. (1990). Love's knowledge. Oxford University Press. Beschikbaar op: <https://classiccharacterscourse.files.wordpress.com/2013/09/nussbaum-loves-knowledge.pdf>
27. Nussbaum, M.C. (2001). Upheavals of thought: the intelligence of emotions. Cambridge University Press.
28. Hughes, J.C., & Heginbotham, C. (2013). Mental capacity and decision-making. In: Dening, T., & Thomas, A. (eds). Oxford textbook of old age psychiatry. Oxford University Press.
29. Hughes, J.C. (2014). How we think about dementia: personhood, rights, ethics, the arts and what they mean for care. Jessica Kingsley Publishers.
30. Liégeois, A. (2019). Hoofdstuk 6 Wils- of beslissingsbekwaamheid. In: Waarden in Dialoog: ethiek in de zorg. (pp. 151-164). Lannoo Campus.
31. Workman, R.H., Jr, McCullough, L.B., Molinari, V., Kunik, M.E., Orengo, C., Khalsa, D.K., & Rezabek, P. (2000). Clinical and ethical implications of impaired executive control functions for patient autonomy. Psychiatric services (Washington, D.C.), 51(3), 359–363. doi:

10.1176/appi.ps.51.3.359

32. Naik, A.D., Dyer, C.B., Kunik, M.E., & McCullough, L.B. (2009). Patient autonomy for the management of chronic conditions: A two-component re-conceptualization. *The American journal of bioethics: AJOB*, 9(2), 23–30. doi: 10.1080/15265160802654111
33. Oppenheimer, C. (1991) Ethics and psychogeriatrics. In: Bloch, S., & Chodoff, P. (eds). *Psychiatric ethics*. (pp. 365-389). Oxford University Press.
34. Hertogh, C., The, A.M., & Eefsting, J. (2004). De wet en de lokale redelijkheid van de zorgpraktijk: reflecties vanuit etnografisch veldonderzoek over het falen van de Wet Bopz in de psychogeriatric [The law and the local fairness of care practice. Reflections on the ethnographic field investigation concerning the failure of the Bopz Act in psychogeriatric nursing home care]. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatric*, 35(2), 46–54.
35. Verkerk, M.A. (2001). The care perspective and autonomy. *Medicine, health care, and philosophy*, 4(3), 289–294. doi: 10.1023/a:1012048907443
36. Welie, S.P.K., & Ruissen, A.M. (2018). Bijwerkingen van wilsbekwaamheidsbeoordeling. In: Hein, I., & Hondius, A. (red). *Wilsbekwaamheid in de medische praktijk*. (pp. 59-77). De Tijdstroom.
37. Winter, H., Woestenburg, N.O., & Akerboom, C.P. (2012). Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging: een thematische wetsevaluatie [Mental incompetence and representation; a thematic evaluation of legislation]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 156(48), A4467.
38. Schermer, M.H.N. (2001). The different faces of autonomy. Universiteit van Amsterdam. Beschikbaar op: <https://dare.uva.nl/search?identificer=189a3cff-9c1b-4bad-abd8-5f68409229e5>
39. The, B.A.M., Pasman, H.R.W., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Ribbe, M.W., & van der Wal, G. (2003). Afzien van kunstmatige toediening van voeding en vocht bij psychogeriatric patiënten in het verpleeghuis; een kwalitatief onderzoek door participerende observatie. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 147, 705–708.
40. Touwen, D. (2008). Voor een ander. Beslissingsverantwoordelijkheden in de verpleeghuisgeneeskunde. Amsterdam University Press.
41. Peisah, C., Sorinmade, O.A., Mitchell, L., & Hertogh, C.M. (2013). Decisional capacity: toward an inclusionary approach. *International psychogeriatrics*, 25(10), 1571–1579. doi: 10.1017/S1041610213001014
42. Diesfeldt, H., & Teunisse, S. (2017). Wilsbekwaamheid. In: Vink, M., Kuin, Y., Westerhof, G., Lamers, S., & Pot, A.M. (red). *Handboek Ouderenpsychologie*. (pp. 247-269). De Tijdstroom.
43. Committee on the Rights of Persons With Disabilities (CRPD). (2014). General Comment no.1 on equal recognition before the law. Beschikbaar op: <https://atlas-of-torture.org/en/entity/6077tnbn376?page=4>
44. Hertogh, C.M.P.M. (2010). De Senectute: ethiek en kwetsbaarheid. Vrije Universiteit Amsterdam. Beschikbaar op: <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/73661254/Oratie+Hertogh>
45. Gawande, A. (2014). *Being Mortal. Medicine and what matters in the end*. Metropolitan Books.
46. Hein, I.M., Raymaekers, J., Kres, E., & Frederiks, B.J.M. (2019). Wilsbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke beperking [Decision-making competence in patients with an intellectual disability]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 61(11), 766–772.

47. Libby, C., Wojahn, A., Nicolini, J.R., & Gillette, G. (2020). Competency and Capacity. NCBI Bookshelf In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Bookshelf ID: NBK532862.
48. Akerboom, C.P.M., Dute, J.C.J., Gevers, J.K.M., Nys, H., Winter, H.B., & Woestenburger, N.O.M. (2011). Thematische wetsevaluatie. Wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging. Reeks evaluatie regelgeving: deel 29. ZonMw. Beschikbaar op: https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/typo3-migrated-files/thematische_wetsevaluatie_wilsbekwaamheid_en_vertegenwoordiging_webversie_A4.pdf
49. Dekker, A., Idzinga, A., van Thiel, G., Niezen, R., Pouls, K., van Beeck-Calkoen, R., Seijdel, K., Vorstenbosch, R., Wagemans, A., & Zaal-Schuller, I. (2019). NVAVG-notitie over vertegenwoordiging bij mensen met een verstandelijke beperking. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten. Beschikbaar op: <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/04/2019-notitie-vertegenwoordiging.pdf>
50. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. (2022). Euthanasie Code 2022. Beschikbaar op: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-4a711d28cc85107589c362f646e674f9ec9d52ab/pdf>
51. Hoge Raad. (2020, 21 april). ECLI:NL:HR:2020:712 (strafzaak) en ECLI:NL:HR:2020:713 (tuchtzaak). Beschikbaar op: <https://uitspraken.rechtspraak.nl/#!/details?id=ECLI:NL:HR:2020:713> en <https://uitspraken.rechtspraak.nl/#!/details?id=ECLI:NL:HR:2020:712&showbutton=true&keyword=ECLI%253aNL%253aHR%253a2020%253a712&idx=1>
52. Zwijsen, S.A., van der Ploeg, E., & Hertogh, C.M. (2016). Understanding the world of dementia. How do people with dementia experience the world?. *International psychogeriatrics*, 28(7), 1067–1077. doi: 10.1017/S1041610216000351
53. Clare, L., Rowlands, J., Bruce, E., Surr, C., & Downs, M. (2008). The experience of living with dementia in residential care: An interpretative phenomenological analysis. *The Gerontologist*, 48(6), 711–720. doi: 10.1093/geront/48.6.711
54. Clare, L., Marková, I.S., Roth, I., & Morris, R.G. (2011). Awareness in Alzheimer's disease and associated dementias: theoretical framework and clinical implications. *Aging & mental health*, 15(8), 936–944. doi: 10.1080/13607863.2011.583630
55. Vinkers, C.H., van de Kraats, G.B., Biesart, M., & Tjebk, J.K. (2014). Is mijn patiënt wilsbekwaam? Volg de leidraad [Is my patient able to provide informed consent? A practical guideline]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 158, A7229.
56. Jayes, M., Palmer, R., Enderby, P., & Sutton, A. (2020). How do health and social care professionals in England and Wales assess mental capacity? A literature review. *Disability and rehabilitation*, 42(19), 2797–2808. doi: 10.1080/09638288.2019.1572793
57. Sullivan, W.F., & Heng, J. (2018). Supporting adults with intellectual and developmental disabilities to participate in health care decision making. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 64(Suppl 2), S32–S36.
58. Peterson, A., Karlawish, J., & Largent, E. (2021). Supported decision making with people at the margins of autonomy. *The American journal of bioethics: AJOB*, 21(11), 4–18. doi: 10.1080/15265161.2020.1863507
59. Berry, B., Apesoa-Varano, E.C., & Gomez, Y. (2015). How family members manage risk around

- functional decline: the autonomy management process in households facing dementia. *Social science & medicine* (1982), 130, 107–114. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.014
60. Kato, Y., Matsuoka, T., Eguchi, Y., Iiboshi, K., Koumi, H., Nakamura, K., Okabe, K., Nakaaki, S., Furukawa, T.A., Mimura, M., & Narumoto, J. (2021). Anxiety impacts consent capacity to treatment in Alzheimer's disease. *Frontiers in psychology*, 12, 685430. doi: 10.3389/fpsyg.2021.685430
 61. Douglas, J., & Bigby, C. (2020). Development of an evidence-based practice framework to guide decision making support for people with cognitive impairment due to acquired brain injury or intellectual disability. *Disability and rehabilitation*, 42(3), 434–441. doi: 10.1080/09638288.2018.1498546
 62. Brazil, K., Carter, G., Cardwell, C., Clarke, M., Hudson, P., Froggatt, K., McLaughlin, D., Passmore, P., & Kernohan, W.G. (2018). Effectiveness of advance care planning with family carers in dementia nursing homes: A paired cluster randomized controlled trial. *Palliative medicine*, 32(3), 603–612. doi: 10.1177/0269216317722413
 63. Wied, T.S., Poth, A., Pantel, J., Oswald, F., Haberstroh, J., & ENSURE Consortium (2021). How do dementia researchers view support tools for informed consent procedures of persons with dementia?. Wie bewerten Demenzforscher: innen Entscheidungsassistenz für die informierte Einwilligung zur Forschungsteilnahme von Menschen mit Demenz?. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54(7), 667–675. doi: 10.1007/s00391-020-01779-2
 64. McCormack, L.A., Wylie, A., Moultrie, R., Furberg, R.D., Wheeler, A.C., Treiman, K., Bailey, D.B., Jr, & Raspa, M. (2019). Supporting informed clinical trial decisions: Results from a randomized controlled trial evaluating a digital decision support tool for those with intellectual disability. *PloS one*, 14(10), e0223801. doi: 10.1371/journal.pone.0223801
 65. Tommasino, C., & Petrini, C. (2018). Anaesthesiology and ethics: Can the anaesthesiologist ameliorate simply and rapidly the assessment of decision-making capacity in the elderly?. *European journal of anaesthesiology*, 35(3), 155–157. doi: 10.1097/EJA.0000000000000759
 66. Davidson, G., Kelly, B., Macdonald, G., Rizzo, M., Lombard, L., Abogunrin, O., Clift-Matthews, V., & Martin, A. (2015). Supported decision making: A review of the international literature. *International journal of law and psychiatry*, 38, 61–67. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.01.008
 67. Webb, P., Davidson, G., Edge, R., Falls, D., Keenan, F., Kelly, B., McLaughlin, A., Montgomery, L., Mulvenna, C., Norris, B., Owens, A., & Shea Irvine, R. (2020). Key components of supporting and assessing decision making ability. *International journal of law and psychiatry*, 72, 101613. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101613
 68. Charland, L.C. (1998). Is Mr. Spock mentally Competent? Competence to consent and emotion. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 5(1), 67–81.
 69. Ruissen, A., Meynen, G., & Widdershoven, G.A. (2011). Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie: cognitieve functies, emoties en waarden [Perspectives on patient competence in psychiatry: cognitive functions, emotions and values]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 53(7), 405–414.
 70. Gurrera, R.J., Karel, M.J., Azar, A.R., & Moye, J. (2014). Neuropsychological performance within-person variability is associated with reduced treatment consent capacity. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric*

- Psychiatry, 22(11), 1200–1209. doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.010
71. Banner, N.F., & Szmukler, G. (2013). 'Radical Interpretation' and the assessment of decision-making capacity. *Journal of applied philosophy*, 30(4), 379–394. doi: 10.1111/japp.12035
 72. John, S., Rowley, J., & Bartlett, K. (2020). Assessing patients decision-making capacity in the hospital setting: A literature review. *The Australian journal of rural health*, 28(2), 141–148. doi: 10.1111/ajr.12592
 73. Grisso, T., Appelbaum, P.S., & Hill-Fotouhi, C. (1997). The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 48(11), 1415–1419. doi: 10.1176/ps.48.11.1415
 74. Bastian, P.D., Denson, L.A., & Ward, L. (2011). Assessment of patients' decision-making capacity: A response to a paper by Professor Dārziņš. *Australian occupational therapy journal*, 58(5), 392–393. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00950.x
 75. Carabellese, F., Felthous, A.R., La Tegola, D., Piazzolla, G., Distaso, S., Logroscino, G., Leo, A., Ventriglio, A., & Catanesi, R. (2018). Qualitative analysis of the capacity to consent to treatment in patients with a chronic neurodegenerative disease: Alzheimer's disease / Analisi qualitativa sulla capacità a prestare consenso al trattamento in pazienti con malattie cronico degenerative neuropsicoorganiche: Demenza di Alzheimer. *The International journal of social psychiatry*, 64(1), 26–36. doi: 10.1177/0020764017739642
 76. Siegel, A.M., Barnwell, A.S., & Sisti, D.A. (2014). Assessing decision-making capacity: A primer for the development of hospital practice guidelines. *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*, 26(2), 159–168. doi: 10.1007/s10730-014-9234-8
 77. Parmar, J., Brémault-Phillips, S., & Charles, L. (2015). The development and implementation of a decision-making capacity assessment model. *Canadian geriatrics journal: CGJ*, 18(1), 15–28. doi: 10.5770/cgj.18.142
 78. Pennington, C., Davey, K., Ter Meulen, R., Coulthard, E., & Kehoe, P.G. (2018). Tools for testing decision-making capacity in dementia. *Age and ageing*, 47(6), 778–784. doi: 10.1093/ageing/afy096
 79. Vellinga, A., Smit, J.H., van Leeuwen, E., van Tilburg, W., & Jonker, C. (2005). Decision-making capacity of elderly patients assessed through the vignette method: imagination or reality?. *Aging & mental health*, 9(1), 40–48. doi: 10.1080/13607860512331334059
 80. Herbert, C., Gray, G., Poate-Joyner, A., Ferry, S., Betteridge, S., Hill, S., MacPherson, G., Joyce, T., Soeterik, S., Campbell Reay, A., Parker, G., Todd, N., MacKenzie, J., Brechin, D., Farndon, H., & Sahota, S. (2019). What makes a good assessment of capacity? The British Psychological Society. doi: 10.53841/bpsrep.2019.rep127
 81. De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). Richtlijn effectieve interventies LVB. Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Beschikbaar op: <https://www.kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2023/07/Richtlijn-Effectieve-Interventies-LR-formaat-if00lc-snfbmd.pdf>
 82. Borrett, S., & Gould, L.J. (2020.) Mental capacity assessment with people with aphasia: understanding the role of the speech and language therapist. *Aphasiology*, 35(11), 1463–1481. doi: 10.1080/02687038.2020.1819954

83. Neumann-Dezair, D., & Dopper, J. (2016). Gedwongen opname: wie bepaalt wat. *Medisch Contact*, 49, 34–36.
84. Case, P. (2016). Negotiating the domain of mental capacity: Clinical judgement or judicial diagnosis? *Medical law international*, 16(3), 174–205. doi: 10.1177/096853321667404
85. Widdershoven, G.A.M., Ruissen, A., van Balkom, A.J.L.M., & Meynen, G. (2017). Competence in chronic mental illness: the relevance of practical wisdom. *Journal of medical ethics*, 43(6), 374–378. doi: 10.1136/medethics-2014-102575
86. Stichting Presentie. Kennisinstituut voor relationele zorg. (n.d.) Beschikbaar op: <https://www.presentie.nl>
87. Appelbaum P.S. (2010). Consent in impaired populations. *Current neurology and neuroscience reports*, 10(5), 367–373. doi: 10.1007/s11910-010-0123-5
88. Owen, G.S., Freyenhagen, F., & Martin, W. (2018). Assessing decision-making capacity after brain injury: A phenomenological approach. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 25(1), 1–19. doi: 10.1353/ppp.2018.0002.
89. Purser, K.J., & Rosenfeld, T. (2014). Evaluation of legal capacity by doctors and lawyers: the need for collaborative assessment. *The Medical journal of Australia*, 201(8), 483–485. doi: 10.5694/mja13.11191
90. Lamont, S., Jeon, Y.H., & Chiarella, M. (2013). Health-care professionals' knowledge, attitudes and behaviours relating to patient capacity to consent to treatment: An integrative review. *Nursing ethics*, 20(6), 684–707. doi: 10.1177/0969733012473011
91. Wade, D.T., & Kitinger, C. (2019). Making healthcare decisions in a person's best interests when they lack capacity: clinical guidance based on a review of evidence. *Clinical rehabilitation*, 33(10), 1571–1585. doi: 10.1177/0269215519852987
92. Gezondheidsraad. (2019). Goede vertegenwoordiging. Beschikbaar op: <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2019/05/21/goede-vertegenwoordiging>
93. Medisch contact. (2021). Arts stelt wilsbekwaamheid vast in opdracht van ex. Beschikbaar op: <https://www.medischcontact.nl/kennis/tuchtrecht/tuchtzaak/arts-stelt-wilsbekwaamheid-vast-in-opdracht-van-ex>
94. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). (2020). Meer juridische duidelijkheid, maar dilemma's blijven bestaan. Beschikbaar via: <https://www.knmg.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/meer-juridische-duidelijkheid-maar-dilemmas-blijven-bestaan>
95. Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW). (2016). Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling. Beschikbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2016/09/15/code-ter-voorkoming-van-oneigenlijke-beïnvloeding-door-belangenverstrengeling>
96. AQUA-Leidraad. (2021). Zorginstituut Nederland. Beschikbaar op: <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>
97. Hilbink, M., Ouwens, M., & Kool, T. (2013). De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. ZonMw. Beschikbaar op: <https://www.iqhealthcare.nl/media/56707/eindrapport.pdf>
98. AGREE Next Steps Consortium. (2009). AGREE II. Instrument voor de beoordeling van

richtlijnen. Beschikbaar op:

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/AGREE+instrument.pdf>

99. IKNL. (2022). Palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht. Beschikbaar op: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/zorg-voor-mensen-met-verstandelijke-beperking>
100. Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. PLoS medicine, 18(3), e1003583. doi: 10.1371/journal.pmed.1003583