

Beginnelsen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid

bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag

Een handreiking voor verpleeghuisartsen
en sociaal geriaters

Handreiking bij de **KNMG modelrichtlijn Van Wet naar Praktijk**,
Implementatie van de WGB0, deel 2
Informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame cliënt

actiz
organisatie van zorgondernemers



NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE



v&vn
Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Inhoud

Inleiding	3
Leeswijzer	5
1 Beginselen bij wilsonbekwaamheid	
Basisaannamen van de beroepsgroep	6
Beginselen bij wilsonbekwaamheid	6
2 Vuistregels bij beoordeling	
2.1 Aanleiding voor beoordeling	8
2.2 Beoordeling van wilsbekwaamheid	8
2.3 Meetinstrumenten	9
3 Informatie, communicatie en verslaglegging	
3.1 Randvoorwaarden creëren voor een gesprek met de cliënt	11
3.2 Het geven van informatie en vragen om toestemming	11
3.3 Bewust zijn van valkuilen	12
3.4 Rapportage in het medisch dossier	12
4 Conclusies en aanbevelingen	14
5 Literatuur	15
 Bijlagen	
1 Projectstructuur en samenstelling	16
2 Begrippenlijst	17
3 Samenvatting handreiking	18
4 Cliëntbrief	20

Inleiding

Waarom een handreiking over wilsonbekwaamheid? Juist omdat er niet één antwoord mogelijk is op de vraag hoe zorgverleners kunnen omgaan met (deels) wilsonbekwame cliënten, is het belangrijk dat de zorg en behandeling van hen zorgvuldig gebeurt. De handreiking helpt zorgverleners zoveel mogelijk aan te sluiten bij de individuele omstandigheden van de cliënt om hen zo goed en zo lang mogelijk te betrekken bij zorg- en behandelbeslissingen.

Over wilsonbekwaamheid wordt veel gepraat en is inmiddels al veel geschreven. Het gaat dan bijvoorbeeld over de vraag of je wilsonbekwaamheid kunt toetsen en of er behulpzame beoordelingsinstrumenten zijn. Maar het gaat ook over de vraag hoe wij in de hulpverleningspraktijk omgaan met geheel of gedeeltelijk wilsonbekwame mensen, hoe wij de informatie en toestemming over zorg en behandeling dan invullen en hoe wij nog zoveel mogelijk aansluiten bij het begripsvermogen en andere capaciteiten van mensen.

In deze handreiking wordt wilsbekwaamheid opgevat als **'het vermogen tot het nemen van geïnformeerde beslissingen bij specifieke vragen inzake zorg en behandeling'**.

Het begrip 'wilsonbekwaam' is in feite een normatief begrip, een oordeel: iemand is wilsonbekwaam als hij of zij beschouwd en uiteindelijk beoordeeld wordt als wilsonbekwaam om zelf te beslissen over een bepaald voorstel. Het lastige van het begrip is bovendien dat het breed is en op verschillende situaties van toepassing kan zijn: zo kan een jonge man met een psychose wilsonbekwaam zijn om een bepaalde beslissing te nemen, maar ook een oudere vrouw met een ernstige dementie kunnen we als wilsonbekwaam beschouwen om een bepaalde beslissing te nemen. Het gaat hierbij echter wel om mensen met diverse achtergronden, met volledig verschillende medische problemen en zorgvragen. Daarom is ook geen eenduidig antwoord mogelijk op de vraag hoe wij kunnen omgaan met mensen die op een bepaald gebied wilsonbekwaam zijn. Dat is afhankelijk van veel factoren: medische, ethische, maar ook cognitieve, emotionele en persoonlijke factoren van de cliënt.

In deze handreiking richten we ons op de expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid. Uiteraard zal daarnaast een impliciete beoordeling door alle hulpverleners gedaan worden in de dagelijkse omgang met een cliënt. Het is daarbij van essentieel belang dat de hulpverlener zich bewust is van deze impliciete beoordeling en de cliënt zoveel mogelijk zelf of met hulp van een hulpverlener een beslissing laat nemen. Soms zal blijken dat een cliënt binnen een bepaalde bandbreedte in staat is zelf beslissingen te nemen. In een multidisciplinair team behoort besproken te worden of de bandbreedte van de beslissingsruimte nog geldt of dat de bandbreedte verengd zal moeten worden.

Deze handreiking levert een bijdrage aan de implementatie van de KNMG modelrichtlijn voor hulpverleners over *Informatie en toestemming bij meerderjarige wilsonbekwame cliënten* (KNMG, juni 2004). In deze modelrichtlijn is het 'deelonderwerp' wilsonbekwaamheid nog niet uitgewerkt. Bovendien was de informatie over wilsonbekwaamheid vaak fragmentarisch en onvolledig.

Voor wie?

Deze handreiking is in de eerste plaats bestemd voor verpleeghuisartsen en sociaal geriaters, die als behandelaar vooral te maken hebben met oudere cliënten met een complexe zorgvraag. Uiteraard zijn ook andere zorgverleners nauw betrokken bij de zorg aan deze cliënten. Deze zorgverleners kunnen, door middel van een eigen vertaalslag, deze handreiking gebruiken en toepasbaar maken. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de ouderenpsychiater en de arts voor verstandelijk gehandicapten.

Verpleeghuisartsen en sociaal geriaters hebben dagelijks te maken met cliënten, die voor een specifieke beslissing wilsonbekwaam zijn geworden als gevolg van een dementie of een CVA. Het betrekken van deze cliënten bij zorg- en behandelbeslissingen, is voor verpleeghuisartsen en sociaal geriaters doorgaans vanzelfsprekend. Door hun competenties en als gevolg van hun praktijkervaring zijn zij gewend om te gaan met mensen met een ernstige dementie. In verreweg de meeste gevallen zal dit zorgvuldig gebeuren. De NVVA vindt het niettemin van belang een overzicht te bieden van de belangrijkste uitgangspunten bij wilsonbekwaamheid, dat kan dan dienen als ondersteuning voor het eigen professionele handelen. Bovendien kan het informatief zijn voor verpleeghuisartsen in opleiding, voor wie sommige onderwerpen uit de handreiking minder bekend zijn omdat zij er nog weinig praktijkervaring mee hebben opgedaan.

Een tweede aanleiding voor deze handreiking is het feit dat uit de evaluatieonderzoeken van de Wgbo en de tweede evaluatie van de Wet BOPZ naar voren kwam dat verpleeghuisartsen zich niet alleen vaker dan andere artsen bezighouden met de wilsbekwaamheid van hun cliënten met dementie, maar ook dat er ruimte is voor verbetering in de wijze waarop opgenomen cliënten met dementie betrokken worden in hun zorg en behandeling: *"Als het gaat om formele overlegmomenten, zoals de totstandkoming of*

bijstelling van het zorgplan, wordt in de regel met de vertegenwoordiger overlegd en niet met de bewoner. Men acht de bewoner hiertoe over het algemeen welsonbekwaam. Een formeel onbekwaamheidsonderzoek vindt niet plaats, hoewel men in de praktijk wel bekijkt of er sprake is van bekwaamheid bij de bewoner.” Deze conclusie wordt bevestigd door nog lopend onderzoek van de Afdeling Verpleeghuisgeneeskunde en het EMGO-Instituut van het VUmc. De daarin gevolgde verpleeghuisartsen hechten weliswaar grote waarde aan directe communicatie met de cliënt, maar eenmaal van de somatische- op de psychogeriatrische afdeling gekomen, wenden zij zich vooral tot de verzorgenden en tot de familie (Hertogh 2003).

Leeswijzer

Deze handreiking biedt een beknopt overzicht van de belangrijkste beginselen en vuistregels rondom de beoordeling van wilsonbekwaamheid. Voor een handzaam overzicht van vraag en antwoord in één oogopslag, kunt u bijlage 3 “Samenvatting handreiking” raadplegen. Hieronder volgt een korte beschrijving van wat in de verschillende hoofdstukken aan bod komt:

- **Hoofdstuk 1** gaat in op de algemene beginselen die voor hulpverleners van belang zijn, speciaal voor de cliëntendoelgroep van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters. Het gaat dan om uitgangspunten in de zorgverlening voorafgaand aan de expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid.
- **Hoofdstuk 2** behandelt de aanleiding om formeel te beoordelen en de beoordeling zelf. Ten eerste wordt de vraag beantwoord wanneer wilsbekwaamheid beoordeeld moet worden. Vervolgens wordt de huidige stand van zaken weergegeven over het toetsen van wilsbekwaamheid en de betekenis van ondersteunende instrumenten daarbij.
- **Hoofdstuk 3** geeft een aantal vuistregels en aandachtspunten voor hulpverleners om ervoor te zorgen dat de informatie aan en communicatie met cliënten goed verloopt. Zelfs als cliënten inmiddels wilsonbekwaam geworden zijn, blijft een zo goed mogelijke – op het begripsvermogen en andere capaciteiten toegespitste – communicatie met hen immers belangrijk.
- **Hoofdstuk 4** geeft tenslotte een aantal aanbevelingen aan verpleeghuisartsen/sociaal geriaters over de onderwerpen uit de handreiking.

Welke informatie vindt u niet in dit document?

Informatie over (schriftelijke) wilsverklaringen is een onderwerp dat een relatie heeft met wilsonbekwaamheid. Die informatie vindt u echter niet terug in deze publicatie. Wilt u hier meer over lezen dan verwijzen wij u naar de NVVA publicatie Medische zorg met beleid, 1997.

GENEESKUNDIGE VERKLARING

Wilt u meer informatie over het opstellen van een geneeskundige verklaring ten behoeve van een onderbewindstelling/mentorschap/onder curatele stelling, dan kunt u dit lezen in een door de NVVA-regio Kennemerland/Haarlemmermeer opgestelde handreiking. Deze handreiking is vanaf eind februari 2008 te downloaden vanaf de regio website www.nvvakennemerland.nl. De handreiking is een verdere uitwerking van de publicatie van ‘Verpleeghuisartsen en medische verklaringen: een stappenplan in Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde’ (Van Brink, 2003).

BEOORDELINGSINSTRUMENT

De belangrijkste beoordelingsinstrumenten en de betekenis daarvan voor uw beroepsuitoefening, vindt u in paragraaf 2.3. van deze handreiking. De betekenis daarvan is vooral relevant voor het inschatten van de cognitieve vermogens. Deze instrumenten zijn nog niet voldoende gevalideerd en in die zin nog in ontwikkeling. Voor het inschatten van de cognitieve vermogens kunt u daarom niet uitsluitend uitgaan c.q. gebruikmaken van deze instrumenten.

Beginnelsen bij wilsonbekwaamheid

CENTRALE VRAGEN

- Welke basisaannamen hanteert de beroepsgroep verpleeghuisartsen en sociaal geriater bij wilsonbekwaamheid?
- Wat zijn de belangrijkste voorwaarden voor de zorgverlening bij een vermoeden van wilsonbekwaamheid?

1.1 Basisaannamen van de beroepsgroep

De missie van de beroepsgroep van verpleeghuisartsen/ sociaal geriater is het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven bij de doelgroep kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe problematiek. Daarvoor is een integrale werkwijze nodig, namelijk het verbinden van medisch geriatrie met deskundigheid op het gebied van zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement. Het professioneel handelen van de verpleeghuisartsen/sociaal geriater is gebaseerd op best practices en indien mogelijk door wetenschappelijk onderzoek onderbouwd. De verpleeghuisgeneeskunde kenmerkt zich door een integrale wijze van kijken naar de cliënt en diens zorgsysteem, met inachtneming van zijn huidige toestand, zijn voorgeschiedenis, zijn persoonlijkheid en zijn sociale en materiële omgeving.

Deze benadering wordt ook wel *systeembenadering of contextuele geneeskunde* genoemd (NVVA, Medische zorg met beleid, 1997). Ook het NVVA Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater (2003) maakt melding van deze missie.

In het algemeen betekent het dat de cliënt, ook als bij hem al wilsonbekwaamheid is vastgesteld, zoveel mogelijk betrokken wordt bij de besluitvorming over behandelbeslissingen. Daarom wordt er niet snel overgegaan tot het beoordelen van de wilsbekwaamheid van een cliënt: uitgangspunt is immers dat iemand wilsbekwaam is totdat het tegendeel blijkt.

1.2 Beginselen bij wilsonbekwaamheid

De *vooronderstelling van bekwaamheid* is een breed gedragen beginsel. Iemand is wilsbekwaam totdat het tegendeel blijkt. De autonomie of zelfbeschikking moet zo lang en zoveel mogelijk gerespecteerd worden. Een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid kan voor een specifieke beslissing vergaande rechtsgevolgen hebben voor de cliënt: wanneer toetsing leidt tot het oordeel 'wilsonbekwaamheid' hoeft de cliënt immers niet meer om toestemming te worden gevraagd bij het nemen van die beslissing. Bovendien kan het besluit om over te gaan tot een expliciete beoordeling voor de cliënt op zichzelf al een ingrijpende en belastende gebeurtenis zijn, ongeacht de uitkomst daarvan. Dit inzicht leidt ertoe dat men niet lichtvaardig mag besluiten tot een expliciete beoordeling van wilsbekwaamheid. Voor zo'n beoordeling moet steeds een duidelijke aanleiding bestaan. Hieruit volgt dat de cliënt vrij is in zijn handelen en beslissen, tenzij er sprake is van een besluit of gedrag met een 'ernstig gevolg'. Dat ernstige gevolg kan dan worden aangemerkt als een aanleiding voor een expliciete beoordeling van wilsbekwaamheid. Het volgende hoofdstuk gaat hierop in.

In de praktijk van de zorgverlening is de 'shared decision-making' een belangrijk ander beginsel (Schermer, 2001). Hierbij praat de hulpverlener zowel met de cliënt als met zijn vertegenwoordiger, die de cliënt kan helpen en ondersteunen bij de besluitvorming en probeert men gezamenlijk tot een besluit te komen. Vaak maakt deze procedure dat cliënt en vertegenwoordiger in goede overeenstemming tot een besluit komen, waardoor een expliciete beoordeling van wilsbekwaamheid kan worden voorkomen. Deze procedure stelt de cliënt in staat maximaal betrokken te worden bij de besluitvorming en niet buitenspel te raken. Hierbij moet ervoor gewaakt worden dat familie een ander -soms financieel- belang kan hebben bij de besluitvorming. Het (gezondheids)belang van de cliënt dient altijd voorop te staan. Zo lang cliënt en vertegenwoordiger op één lijn zitten, is het goed om beiden te betrekken bij de besluitvorming. Shared decisionmaking is in deze zin een ondersteunend model bij de besluitvorming, dat aansluit bij de praktijk van de verpleeghuisgeneeskunde. In juridische zin is de toestemming van de cliënt bepalend, zo lang deze wilsbekwaam is bevonden voor die betreffende beslissing. Als dat niet meer het geval is, is de toestemming van de vertegenwoordiger vereist.

Een laatste uitgangspunt dat genoemd kan worden, is het blijven informeren van de cliënt, ook wanneer hij wilsonbekwaam is voor die specifieke beslissing. Dit lijkt wellicht voor de hand te liggen, maar gezien de in de inleiding aangegeven praktijk blijkt dat niet altijd het geval. Kortom: als je als hulpverlener al van oordeel bent dat een cliënt met een (ernstige) dementie geen geldige toestemming meer kan geven voor de uitvoering van (onderdelen van) een zorgplan omdat hij op dat gebied wilsonbekwaam is, dan betekent dat nog niet dat je hem ook niet meer hoeft te informeren over de inhoud daarvan.

DE BELANGRIJKSTE BEGINSELEN EN UITGANGSPUNTEN:

- 1 Zelfbeschikking of autonomie van de cliënt
- 2 De vooronderstelling van bekwaamheid
- 3 Besluit niet te snel tot een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid, beoordeel alleen als daar een concrete aanleiding voor is
- 4 Aanleiding voor het expliciet beoordelen is als de beslissing of het gedrag van de cliënt 'ernstig gevolg' heeft
- 5 Shared decisionmaking: het gezamenlijk tot een besluit komen. De hulpverlener praat zowel met de cliënt als met zijn vertegenwoordiger, die de cliënt kan ondersteunen bij de besluitvorming
- 6 Blijf de cliënt informeren over de zorg, behandeling en andere zaken, ook nadat hij wilsonbekwaam is gebleken voor een specifieke beslissing.

Vuistregels bij beoordeling

CENTRALE VRAAG

- Welke aanleidingen zijn er om wilsbekwaamheid te beoordelen en welke vuistregels zijn er bij de beoordeling van wilsbekwaamheid?

2.1 Aanleiding voor beoordeling

Als gevolg van de in hoofdstuk één genoemde beginselen zal niet snel worden overgegaan tot een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid van een cliënt. De cliënt is vrij in zijn handelen en beslissen, tenzij er sprake is van een besluit of gedrag met ernstig gevolg. Dat ernstige gevolg is dan de aanleiding voor een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid.

Van een ernstig gevolg spreekt men wanneer de cliënt ernstig nadeel ondervindt van een beslissing die hij zelf neemt. Voorbeelden van ernstig gevolg zijn het niet behandelen van een pneumonie, hetgeen tot overlijden kan leiden; huidkanker op het gezicht; arteriële insufficiëntie van een been dat onbehandeld een amputatie tot gevolg heeft. Het gaat in deze gevallen om een beslissing die vanuit de cliënt gezien meerdere of vergaande consequenties heeft. Om erachter te komen wat voor een specifieke cliënt belangrijk is, dienen hulpverleners de cliënt en zijn voorgeschiedenis goed te kennen, gesprekken met de cliënt te voeren en op signalen van verzorgenden en verpleegkundigen te letten.

Het is aan te bevelen over te gaan tot een beoordeling van de wilsbekwaamheid wanneer de beslissing of het gedrag van de cliënt ernstige gevolgen heeft. Dat ernstige gevolg kan aangemerkt worden als een concrete aanleiding voor een expliciete beoordeling van wilsbekwaamheid. Wanneer de hulpverlener twijfelt of de cliënt de beslissing aan kan (bijvoorbeeld bij het instemmen met een ingrijpende operatie), kan dit ook de aanleiding zijn om de wilsbekwaamheid te toetsen.

2.2 Beoordeling van wilsbekwaamheid

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

1. Kenbaar maken van een keuze
2. Begrijpen van relevante informatie
3. Beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie
4. Logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties (KNMG model-richtlijn, Van Wet naar Praktijk – p. 92).

WANNEER EEN EXPLICIETE BEOORDELING VAN DE WILSBEKWAAMHEID OVERWEGEN?

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

Uiteraard hoeft in deze gevallen niet direct te worden overgegaan tot het expliciet beoordelen van de wilsbekwaamheid. De signalen kunnen echter aanwijzingen zijn om toetsing van de wilsbekwaamheid te overwegen, als het gedrag van de cliënt of de beslissing ernstige gevolgen heeft.

Om het oordeel over wilsonbekwaamheid te vormen kan de arts ter ondersteuning advies vragen aan de psycholoog. Deze kan bijdragen aan zorgvuldige besluitvorming, dankzij de expertise die deze heeft op het gebied van besluitvormingsprocessen, in het bijzonder van cognitie, emotie en motivatie. Met neuropsychologische diagnostiek kan de psycholoog deze aspecten in kaart brengen en daarnaast factoren identificeren die hinderend zijn voor het besluitvormingsproces.

Psychotherapeutische interventies kunnen de hinder van deze factoren, zoals heftige angst voor een medische behandeling, helpen verminderen. Ook kan de psycholoog adviezen uitbrengen over de wijze waarop het gesprek met de cliënt optimaal gevoerd kan worden. Hierbij wordt rekening gehouden met cognitieve, emotionele en motivationele beperkingen en de rol van omgevingsfactoren (Diesfeldt en Teunisse, 2007).

De verzorgenden en verpleegkundigen hebben een rol bij het signaleren van het gedrag van de cliënt, zijn beperkingen en veranderingen daarin.

Verder kan de arts ter ondersteuning gebruik maken van een aantal reeds ontwikkelde instrumenten, die vooral de cognitieve beslisvaardigheid toetsen. De belangrijkste toetsingsinstrumenten komen in par. 2.3 aan de orde.

VUISTREGELS BIJ DE BEOORDELING VAN WILSBEKWAAMHEID:

- 1 Beoordeel de wilsbekwaamheid ter zake. Dit houdt in dat de wilsbekwaamheid voor iedere beslissing wordt beoordeeld en eventueel – afhankelijk van de gestelde diagnose – herhaald wordt beoordeeld.
- 2 In geval van behandelingsbeslissingen moet een duidelijke aanleiding bestaan om de bekwaamheid expliciet te beoordelen. Men moet de vooronderstelling van wilsbekwaamheid hanteren.
- 3 Men mag nooit genoegen nemen met het vaststellen van een diagnose als antwoord op de vraag naar wilsbekwaamheid. Met andere woorden: de diagnose dementie betekent niet automatisch dat een cliënt wilsonbekwaam is.
- 4 De zorgvuldigheidseisen van een beoordeling van beslisvaardigheid komen hoger te liggen naarmate er meer van de besluitvorming afhangt. Naarmate een beslissing belangrijker is, dat wil zeggen potentiële gevolgen heeft voor de gezondheid, zowel in de zin van winst als van risico's en belasting van ingrepen, moeten er hogere eisen aan de beslisvaardigheid worden gesteld (proportionaliteitsprincipe). (CBO richtlijn Dementie, p. 72-73).

2.3 Meetinstrumenten

De Amsterdamse vignetmethode en de Mac Arthur Competence Assessment Tool Treatment (MacCAT-T) behoren tot de belangrijkste instrumenten om de cognitieve beslisvaardigheid te toetsen. De instrumenten kunnen de cognitieve vaardigheden van een cliënt op een bepaald moment toetsen en in beeld brengen.

De vignetmethode presenteert informatie over een bepaalde behandelkeuze (een vignet), waarna het vermogen om die informatie te begrijpen, het vermogen om een keus te maken, het vermogen om te redeneren en het vermogen om die situatie te waarderen worden getoetst. De methode geeft zo een indruk van iemands beslisvaardigheid voor die specifieke beslissing in een hypothetische situatie (Vellinga e.a., 2002, p.207-211).

Bij de MacCAT-T gaat het om een semi-gestructureerde interviewmethode (15-20 minuten) die een viertal aspecten in kaart beoogt te brengen, te weten:

- het vermogen tot begrip van informatie
- het vermogen tot waardering van informatie
- het vermogen om te redeneren over verstrekte informatie
- het vermogen om een duidelijk besluit inzake behandeling te nemen

De mate van begrip wordt beoordeeld aan de hand van het vermogen van de cliënt om te parafraseren wat hem verteld is over zijn stoornis, de aanbevolen behandeling en de voor- en nadelen daarvan. Redeneren wordt beoordeeld aan de hand van vragen over de redenen die een cliënt voor zijn keuze geeft: noemt hij mogelijke gevolgen van een bepaalde keuze, vergelijkt hij alternatieven, en volgt de uiteindelijke keuze logisch uit de gepresenteerde redenen? Waardering wordt ingeschat op basis van vragen die beogen vast te stellen of de cliënt de aangeboden situatie relevant acht voor zijn eigen situatie en of hij denkt dat de voorgestelde behandeling hem tenminste enig voordeel kan bieden (Berghmans p. 71-72).

BETEKENIS VAN DEZE INSTRUMENTEN VOOR DE BEOORDELING VAN WILSBEKWAAMHEID

De mening over de bruikbaarheid van deze testen verschilt. Hoewel het begrijpelijk is dat hulpverleners in de praktijk behoefte hebben aan eenvoudige, gemakkelijk en relatief weinig tijdrovende hulpmiddelen bij de beoordeling van wilsbekwaamheid, is terughoudendheid bij het gebruik van dergelijke instrumenten op zijn plaats. Vooral de suggestie dat het hierbij zou gaan om instrumenten die wilsbekwaamheid objectief en waardenneutraal kunnen vaststellen is discutabel. Dergelijke instrumenten hebben evidente beperkingen omdat ze iets meten of beoordelen dat niet gelijk gesteld kan worden aan wilsbekwaamheid.

In de eerste plaats gaat het doorgaans om bepaalde vaardigheden van de cliënt, zoals het vermogen om bepaalde informatie te onthouden, of begrip van aangeboden informatie. Deze kunnen weliswaar relevant zijn bij de beoordeling van wilsbekwaamheid, maar hoeven niet doorslaggevend voor dat oordeel te zijn. In de tweede plaats is het zo dat dergelijke instrumenten zich beperken tot het meten of beoordelen van cognitieve vermogens en vaardigheden van de cliënt en dat verlangens, emoties en angsten geen of slechts in beperkte mate een plaats hebben in dergelijke instrumenten. Ook de waarden die voor de cliënt van belang zijn en die een rol kunnen spelen in de afweging die deze maakt komen in de instrumenten niet aan bod. Tenslotte is er evenmin weinig of geen plaats voor zo iets als een onconventioneel en afwijkend wereldbeeld dat gebaseerd is op andere waarheidsaanspraken dan die van de beoordelaar.

Het meest principiële bezwaar is echter dat het gebruik ervan suggereert dat de beoordeling van wilsbekwaamheid uitsluitend of grotendeels een empirische kwestie zou zijn. Daarmee wordt voorbij gegaan aan het inherent normatieve karakter van een oordeel over wilsbekwaamheid: een dergelijk oordeel berust niet louter op empirische feiten, maar is mede afhankelijk van waarden die van belang worden geacht. Deze waarden komen tot uitdrukking in de drempel (de norm) die wordt gesteld ten aanzien van de beoordeling. Hoe 'hoog' of hoe 'laag' de lat moet worden gelegd is geen empirische te beantwoorden vraag, maar een normatieve. De waarde van dergelijke instrumenten kan dan ook niet meer zijn dan een ondersteunende. In geval er twijfel is over de wilsbekwaamheid van de cliënt kunnen testen als zodanig niet de juiste richting aanwijzen. Om bijvoorbeeld zicht te krijgen op beperkingen in (bepaalde) cognitieve vermogens kan een op cognitie gerichte test een hulpmiddel zijn (Berghmans p. 71-72).

De instrumenten kunnen dus ondersteunend gebruikt worden. Zorgverleners hebben daarom niet de beschikking over een eenvoudige test, waarbij zij de wilsbekwaamheid van de cliënt kunnen vaststellen. Van hen wordt, gezien de verstreckende gevolgen van het oordeel over wilsbekwaamheid, verwacht zeer zorgvuldig tot besluitvorming te komen (Begrippen en zorgvuldigheidseisen m.b.t. besluitvorming rond het levenseinde, NVVA, Sting, V&VN (v/h AVVV) 2006, p.69-70).

**Meer informatie: KNMG modelrichtlijn,
Van Wet naar Praktijk, p. 99-101, 117-122.**

Informatie, communicatie en verslaglegging

CENTRALE VRAGEN

- Op welke wijze kunnen hulpverleners, in het bijzonder verpleeghuisartsen/sociaal geriaters, de beoordeling van de wilsbekwaamheid bij cliënten ondersteunen?
- Wat zijn de vuistregels voor een optimale communicatie met cliënten en hun vertegenwoordigers?
- Welke gegevens leg je vast in het medisch dossier?

NA AFLOOP VAN HET GESPREK

Vraag uw collega-artsen, psycholoog, verpleegkundigen en verzorgenden om te controleren of en hoe uw informatie bij de cliënt is overgekomen. Informeer de contactpersoon of vertegenwoordiger van de cliënt als deze niet bij het gesprek aanwezig was (KNMG modelrichtlijn, Van Wet naar Praktijk, p 92-93, 102-107). Rapporteer in het medisch dossier en in het zorgleefplan (bijvoorbeeld de omgangsadviezen – zie ook paragraaf 3.4)

3.1 Randvoorwaarden creëren voor een gesprek met de cliënt

Bij voorkeur wordt voorafgaand aan het gesprek de cliënt geïnformeerd over het doel van het gesprek. Zo mogelijk wordt aan de cliënt gevraagd of deze de aanwezigheid van een familielid of verzorgende wenst. Bij ouderen van niet-Nederlandse afkomst kan bijvoorbeeld een tolk noodzakelijk zijn. De cliënt moet dus goed in beeld zijn: wat is zijn achtergrond, biografie, opleiding en zijn verwachte reactiepatroon.

Bij cliënten van niet-Nederlandse afkomst is het goed om na te gaan op welke wijze beslissingen normaliter worden genomen in die betreffende cultuur. Zo kan het gebruikelijk zijn beslissingen eerst aan de gehele familie voor te leggen. De betrokken arts moet beslissen welke gespreksstrategie gehanteerd zal worden en welke informatie van andere disciplines nodig is voor het gesprek over de wilsbekwaamheid. In dit proces kan het nuttig zijn advies in te winnen van de psycholoog over factoren die het besluitvormingsproces hinderen en over mogelijke ondersteuning van de cliënt bij het besluitvormingsproces.

3.2 Het geven van informatie en vragen om toestemming

Als u informatie geeft aan de cliënt of vertegenwoordiger zijn de onderstaande aandachtspunten van belang:

- Stel voorafgaand aan het gesprek de boodschap die u over wilt brengen vast en maak duidelijk wat de cliënt of vertegenwoordiger te weten moet komen
- Maak een plan voor de manier waarop u de informatie verstrekt aan de cliënt en zijn vertegenwoordiger
- Houd rekening met de cognitieve en emotionele beperkingen bij de cliënt. Vraag de psycholoog en/of verzorgenden/verpleegkundigen om advies over de wijze waarop het gesprek met de cliënt optimaal gevoerd kan worden
- Maak gebruik van shared decisionmaking (zie ook par. 1.2)

Voor algemene aandachtspunten voor het optimaliseren van het begrip van de cliënt verwijzen we naar de KNMG modelrichtlijn deel 2 - Van Wet naar Praktijk, p.46 .

3.3 Bewust zijn van valkuilen

In de gespreksvoering en beoordeling van wilsbekwaamheid is een aantal valkuilen te benoemen (Diesfeldt, Teunisse, 2007):

- ATTRIBUTIEFOUTEN

Behalve te hoge eisen aan expliciete verantwoording van een keuze zijn er nog andere valkuilen voor de beoordelaar van wilsbekwaamheid, zoals attributiefouten en vooroordelen (Welie, 2002). De hulpverlener die de keuze van de cliënt geheel en al toeschrijft aan diens persoonlijke eigenschappen en vergeet te letten op de invloed van externe factoren begaat een attributiefout. Attributiefouten zijn ook te herkennen in het vooroordeel dat bij medische behandelbeslissingen kan optreden. Bijvoorbeeld: de cliënt die een aanbevolen behandeling weigert, wordt verdacht van incompetentie, maar als diezelfde cliënt met de behandeling instemt, worden over diens competentie geen vragen gesteld.

Aan iemands wilsbekwaamheid worden hogere eisen gesteld wanneer de beslissing van weigeren of instemmen grotere gevolgen heeft voor de gezondheid, zowel in termen van winst als risico's of belasting.

Dit houdt in dat de wilsbekwaamheid van cliënten aan relatief hoge eisen moet voldoen wanneer zij instemmen met een belastende of risicovolle behandeling, of wanneer zij een weinig belastende maar veel gezondheidswinst opleverende behandeling weigeren (bijv. antibiotica weigeren tegen een urineweginfectie - Hertogh, 2003).

- SELF-SERVING BIAS

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

- STIGMATISERING

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

- HET VERSCHIL TUSSEN ONWETENDHEID EN ONBEKWAAMHEID

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

- ANDERE VOOROOEDELEN

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

3.4 Rapportage in het medisch dossier

Op dit moment wordt er binnen de huidige verpleeghuisge-
neeskundige praktijk niet gewerkt met een standaardrap-
portage om de besluitvorming over wilsbekwaamheid vast
te leggen. Hiernaast worden elementen beschreven, die in
een rapportage opgenomen zouden moeten worden wan-
neer een expliciete beoordeling plaatsvindt.

Niet bij elke expliciete beoordeling hoeven alle onderdelen
elke keer weer beschreven te worden. Wanneer het duide-
lijk is, dat de cliënt bepaalde beslissingen door langdurige
beperkingen niet meer kan nemen, dan kunnen de onderde-
len 3, 4 en 5 aangepast worden. Bij 3 en 4 wordt dan geno-
teerd, dat de situatie (nog) niet veranderd is. Bij 5 kan
genoteerd worden op welke wijze de cliënt betrokken werd
bij de besluitvorming.

VRAAGSTELLING:

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

VOORWAARDEN:

- 4 Geef aan welke (structurele) beperkingen er zijn
bijv. visus, gehoor, motoriek (indien van toepassing)
- 5 Welke hulpmiddelen / aanpassingen zijn gebruikt
om de beperkingen te compenseren (zoals inzet tolk,
taalzakboek, aangepaste inhoud en communicatiestijl,
begeleiding psychologen en/of anderen, aanwezig-
heid familie)

BELOOP:

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

Noteer hier tevens de in par. 2.2 van deze handreiking
genoemde signalen, die erop kunnen wijzen, dat de
beslisvaardigheid is verminderd.

CONCLUSIE BEOORDELING WILSBEKWAAMHEID:

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

VERVOLG (BELEID):

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

Conclusies en aanbevelingen

Deze handreiking heeft een aantal conclusies en aanbevelingen opgeleverd. We rangschikken de belangrijkste hieronder per onderwerp.

AANBEVELINGEN VOOR ZORGVERLENING BIJ EEN VERMOEDEN VAN WILSONBEKWAAMHEID

- 1 Ga altijd uit van de vooronderstelling van wilsbekwaamheid.
- 2 Besluit niet te lichtvaardig tot het expliciet beoordelen van de wilsbekwaamheid van een cliënt.
- 3 Shared decisionmaking: het gezamenlijk tot een besluit komen. De hulpverlener praat zowel met de cliënt als met zijn vertegenwoordiger, die de cliënt kan ondersteunen bij de besluitvorming.
- 4 Blijf de cliënt informeren over de zorg en behandeling, ook nadat hij wilsonbekwaam is gebleken voor een bepaalde beslissing.

AANLEIDING VOOR EXPLICIET BEOORDELEN VAN WILSBEKWAAMHEID

- 1 Ga als arts in de regel pas over tot het beoordelen van de wilsbekwaamheid terzake, als er aanwijzingen zijn dat de cliënt mogelijk moeite heeft om tot de beslissing te komen en als het gedrag van de cliënt of het besluit dat aan de orde is ernstige gevolgen heeft.

BEOORDELEN/ TOETSEN VAN DE WILSBEKWAAMHEID

- 1 Met toenemende cognitieve achteruitgang neemt de kans op wilsonbekwaamheid toe. Blijf steeds een beeld vormen van de actuele situatie (de beslissing) en stel de vraag of de cliënt voor deze beslissing nog bekwaam is. Dat hoeft niet altijd een expliciete beoordeling te zijn, maar is meestal een professionele inschatting van de situatie enerzijds en de wensen en mogelijkheden van de cliënt anderzijds.
- 2 Sluit zoveel mogelijk aan bij het begrips- en besluitsvermogen van de cliënt en blijf cliënt zo goed mogelijk betrekken bij de behandelbeslissing.
- 3 Het is verstandig om de aanleiding tot een expliciete beoordeling van wilsonbekwaamheid en de overwegingen die daartoe hebben geleid, als ook het gevoerde overleg daarbij in het medisch dossier vast te leggen.
- 4 Beantwoord de vraag of er reden is om bij de beoordeling een andere hulpverlener te betrekken vanwege comorbiditeit of complexiteit, zoals een psychiater of psycholoog.

INFORMATIE EN COMMUNICATIE

- 1 De verpleeghuisarts/sociaal geriater zet alle mogelijke hulpmiddelen in om de communicatie met een cliënt (en zijn vertegenwoordiger) mogelijk te maken en vraagt hierbij zonodig advies van de psycholoog en/of verpleegkundigen/verzorgenden of andere hulpverleners.
- 2 De verpleeghuisarts/sociaal geriater is op de hoogte van de verschillende valkuilen in communicatie met cliënt.
- 3 De verzorgenden en verpleegkundigen hebben een rol bij het signaleren van het gedrag van de cliënt, zijn beperkingen en veranderingen daarin.

OVERIGE AANBEVELINGEN OP ORGANISATORISCH NIVEAU

- 1 Stimuleer inzet van vertrouwenspersonen, psychologen en maatschappelijk werkers ter ondersteuning van de cliënt en zijn familieleden.
- 2 Stroomlijn de interne organisatieprocessen met betrekking tot de informatievoorziening aan familieleden.
- 3 Zoek samenwerking met cliëntenverenigingen en met collega-instellingen, voor groepsgerichte informatie en voorlichting aan familieleden over wilsbekwaamheid. De Cliëntbrief (bijlage 4) kan hiervoor gebruikt worden.
- 4 Zorg voor kennis van mentorschap, curatele en machtiging bij de familie van (gedeeltelijk) wilsonbekwame cliënten.
- 5 Zorg voor inzet van mentoren.

Literatuur

B

Berghmans R.L.P. Wils(on)bekwaamheid in geneeskunde, gezondheidsrecht en gezondheidsethiek. In: *Bekwaam genoeg?*, Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek NVBE, 2000 - Hoofdstuk 4, Instrumenten voor de beoordeling van wilsbekwaamheid, 2000 p. 69-76.

Brink A. van, e.a. Verpleeghuisartsen en medische verklaringen: een stappenplan. In: *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde*, jaargang 27 no 2 2003 p.19 -21.

C

CBO richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie, 2004 p. 72-73. (i.s.m. NVKG)

D

Diesfeldt H. en Teunisse S. Handboek ouderenpsychologie. In: *Pot A.M, e.a.* Utrecht, 2007, p. 211 – 234.

E

Evaluatie wet BOPZ, maart 2002 ZonMw Den Haag.

G

Groenink B.J. Conflicten tussen artsen en vertegenwoordigers van wilsonbekwame cliënten, onderzoek Master of Arts/conflictmanagement. Universiteit Maastricht, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Maastricht, De Waalboog, mei 2007.

Geertsema H. Handboek ouderenpsychologie, Beroeps-ethiek in de hulpverlening aan ouderen. In: *Pot A.M, e.a.* Utrecht, 2007, p. 498-510.

H

Hertogh C.M.P.M. De vele gradaties van wilsbekwaamheid, Denkbeeld augustus 2000 p. 12-15.

Hertogh C.M.P.M. Wanneer ontstaat de vraag naar wilsbekwaamheid? In: *Oud en Dement: wilsonbekwaam*, Leo Cahn Stichting - 2003.

Hondius A., Zuiderhoudt R., Honig A. Wilsonbekwaamheid vaststellen, Een casus een stappenplan. In: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60 p.597-607, 2005.

K

KNMG Modelrichtlijn, Van Wet naar Praktijk, implementatie van de WGBO, deel 2 Informatie en toestemming, KNMG, Utrecht 2004.

KNMG, Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, december 2003.

Knuiman R.B.J., Tholen A.J. en Van Wijmen F.C.B. Medische behandeling van meerderjarige wilsonbekwame patiënten. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nummer 7/8 – 2006.

N

NPCF, Wie beslist? (wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging), serie cliëntenrecht, NPCF, Utrecht 3^e ongewijzigde druk, augustus 2006.

NPCF, Informatie en toestemming (informed consent), serie cliëntenrecht, NPCF, Utrecht 2^e druk, november 2003.

NVVA/NVSG, Nota takenpakket verpleeghuisartsen/sociaal geriater, NVVA/NVSG, 2003.

NVVA, Medische zorg met beleid, Handreiking voor de besluitvorming over verpleeghuisgeneeskundig handelen bij dementerende cliënten, meningsvormende nota van de NVVA, april 1997.

NVVA, Sting, V&VN (v/h AVVV) Begrippen en zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de besluitvorming rond het levenseinde in de verpleeghuiszorg, AVVV, NVVA, Sting, februari 2006.

NVVA, Sting, V&VN (v/h AVVV) Zorgvuldige zorg rond het levenseinde, Een handreiking voor verpleegkundigen, verpleeghuisartsen en verzorgenden, februari 2006.

S

Stichting mentorschap Netwerk Nederland, Brochure stichting mentorschap.

V

Vellinga A., e.a. De beoordeling van wilsbekwaamheid bij ouderen met en zonder cognitieve stoornissen: de vignet-methode nader bekeken. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2002; p.207-211.

Vrijheidsbeperkende interventies in de zorg, projectnr 10150013, CBO richtlijn CBO, richtlijn dementie, p. 74-77, 2005.

W

Widdershoven G. en Berghmans R.L.P. Wilsbekwaamheid in de ouderenzorg. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2002; p.201-206.

Bijlage 1

Projectstructuur en samenstelling

SAMENSTELLING EXPERTGROEP

Mevrouw drs. M. De Been
Sting, landelijke beroepsvereniging verzorging

De heer mr. K.R. Van Dijk
ActiZ, organisatie van zorgondernemers

Mevrouw drs. J.F. Erbrink, verpleeghuisarts
Van Neynseelgroep, Den Bosch

De heer F. Ewals
Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten

Mevrouw drs. Y. Van Gilse, directeur
Landelijke Organisatie Cliëntenraden

De heer mr. R. Helle, verpleeghuisarts
ViVA! Zorggroep, Heemskerk

De heer dr. C.M.P.M. Hertogh, verpleeghuisarts
*VU University Medical Centre -Department of Nursing Home
Medicine Institute for research in Extramural
Medicine Vivium Zorggroep, Naarderheem*

Mevrouw mr. C.B.M.M. Hoegen
ActiZ, organisatie van zorgondernemers

Mevrouw dr. I.K. Lampe, psychiater
*Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,
afdeling Ouderenpsychiatrie*

De heer drs. S.J. Roufs, sociaal geriater
GGZ, Eindhoven

Mevrouw dr. S. Teunisse, GZ-psycholoog,
klinisch psycholoog
*Nederlands Instituut van Psychologen,
Sectie Psychologen in de Ouderenzorg*

Mevrouw drs. J.I. De Witte
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

SAMENSTELLING COMMENTAARGROEP

De concept handreiking is ter becommentariëring
voorgelegd aan:

- 40 verpleeghuisartsen, gerandomiseerd uit het NVVA-ledenbestand
- 1 verpleeghuisgeneeskundige toetsingsgroep (regio Friesland) uit het NVVA-ledenbestand
- 4 verpleeg-/verzorgingshuizen

Namens de Adviesgroep Zorg voor Beter

Mevrouw H.A.M. Van Lier, *ActiZ, organisatie van zorgondernemers*

De heer Van Rooij, *Zorgverzekeraars Nederland*

Mevrouw E.H. Reitsma, *LPR, belangenorganisatie cliënten GGZ*

Mevrouw A.M. Vaalburg, *Sting, landelijke beroepsvereniging verzorging*

De heer J. Visscher, *Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland*

CLIËNTENRADEN

De Cliëntbrief is ter becommentariëring voorgelegd aan:

De heer J. Herpen, *Cliëntenraad Verpleeghuis Boswijk*

De heer H. Los, *Cliëntenraad Verpleeghuis Heemswijk*

Mevrouw A. Ruitenbergh, *ambtelijk secretaris*

Cliëntenraad Isala Klinieken

Mevrouw M. van Willigen, *Cliëntenraad Verpleeghuis De Enk*

NAMENS HET BUREAU VAN DE NVVA

Mevrouw C.F.L. Doggen, *communicatiemedewerker*

Mevrouw J. Heidstra-Wolke, *secretaresse*

Mevrouw drs. C.E. Hoogstraten, *projectmedewerker*

De heer mr. R.B.J. Knuiman, *juridisch beleidsmedewerker*

Mevrouw A. Rühl, *coördinator kwaliteitsbeleid*

Bijlage 2

Begrippenlijst

Bewindvoerder

Bewindvoering of onderbewindstelling heeft betrekking op het financiële vermogen van een persoon. Als iemand door zijn lichamelijke of geestelijke toestand niet meer in staat is zijn financiële zaken te regelen, dan kan hij zijn goederen en geld onder bewind laten stellen. Er wordt dan een bewindvoerder aangesteld die tijdelijk of blijvend het vermogen van de betrokkene beheert. Het gevolg is dat de betrokkene niet meer zelfstandig mag beslissen over zijn of haar vermogen. Met andere woorden, er mag niets meer verkocht worden zonder toestemming van de bewindvoerder. Het is ook mogelijk een beperkt bewind in te stellen. Dan wordt over een bepaald deel van het vermogen bewind gevoerd, bijvoorbeeld het spaargeld of het onroerend goed.

Cliënt

Bewoner, cliënt of patiënt van een verpleeghuis/verzorgingshuis. In deze handreiking hanteren we de term cliënt.

Curator

Een curator wordt door de rechter benoemd als iemand noch zijn financiële noch zijn persoonlijke belangen kan behartigen. Onder curatele gesteld worden is de meest vergaande maatregel voor een cliënt. Voor bijna alle handelingen of beslissingen, of het nu over geld of gezondheid gaat, moet de curator toestemming geven.

Mentor

Een mentor helpt met het nemen van beslissingen op het gebied van verzorging, verpleging, behandeling enzovoort. In overleg met de betrokkene zal de mentor er altijd naar streven de betrokkene zo veel mogelijk zelf de beslissingen te laten nemen. Een mentor is altijd een persoon, een instelling kan dus niet tot mentor worden benoemd. In het verzoek om mentorschap kunt u zelf aangeven wie de mentor moet zijn. Kent u geen geschikte persoon dan zal de kantonrechter een mentor aanwijzen.

Multidisciplinair overleg

Overleg met verschillende disciplines waarin een cliënt-bespreking plaatsvindt. De volgende disciplines zijn vaak betrokken bij het multidisciplinaire overleg: verpleeghuisarts/sociaal geriater, verzorgenden/verpleegkundigen, psycholoog, activiteitenbegeleiding, paramedici (ergotherapie, fysiotherapie en logopedie), maatschappelijk werk en geestelijke verzorging.

Shared decision-making

Het gezamenlijk tot een besluit komen, waarbij de hulpverlener zowel met de cliënt als met zijn vertegenwoordiger praat, die de cliënt kan ondersteunen bij de besluitvorming.

Vignetmethode

De vignetmethode presenteert informatie over een bepaalde behandelkeus (een vignet), waarna het vermogen om informatie te begrijpen, het vermogen om een keus te maken, het vermogen om te redeneren en het vermogen om een situatie te waarderen worden getoetst. De methode geeft een indruk van iemands beslisvaardigheid

Vertegenwoordiger

De persoon jegens wie de hulpverlener zijn verplichtingen op het gebied van informatie en toestemming nakomt, en die daartoe namens en in plaats van de wilsonbekwame cliënt optreedt (zie artikel 7:465 Burgerlijk Wetboek - Wgbo) voor de vraag welke persoon daarvoor in aanmerking komt.

Wilsonbekwaamheid

Niet in staat geacht worden tot een redelijke waardering van de eigen belangen ter zake van een beslissing of situatie die aan de orde is.

Bijlage 3

Samenvatting handreiking

Dit is een samenvatting van de belangrijkste onderwerpen uit deze handreiking. Voor een volledig beeld en samenhang tussen deze onderwerpen, adviseren wij u de integrale tekst van de handreiking te lezen.

1 Wat is wilsbekwaamheid?

In deze handreiking wordt wilsbekwaamheid opgevat **als het vermogen tot het nemen van geïnformeerde beslissingen ter zake van specifieke vragen inzake zorg en behandeling.**

Het begrip 'wilsonbekwaam' is in feite een normatief begrip, een oordeel: iemand is wilsonbekwaam als hij of zij beschouwd en uiteindelijk *beoordeeld* wordt als wilsonbekwaam om zelf te beslissen over een bepaald voorstel.

2 Waarom de wilsbekwaamheid toetsen?

Een verpleeghuisarts gaat niet snel over tot een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid van een cliënt. Uitgangspunt is dat een cliënt vrij is in zijn handelen en beslissen, tenzij de cliënt ernstig nadeel ondervindt van een beslissing die hij zelf neemt. Een voorbeeld van een ernstig gevolg is de beslissing van het niet behandelen van een pneumonie dat tot overlijden kan leiden.

3 Hoe kun je de bestaande beoordeling-instrumenten voor wilsbekwaamheid gebruiken?

Zowel de vignetmethode als de Mac Arthur Competence Assessment Tool Treatment testen vooral de vaardigheden en vermogens van een cliënt. Het lijkt of je met deze instrumenten de wilsbekwaamheid objectief en waarde neutraal kunt vaststellen, maar in de praktijk kunnen ze enkel als ondersteuning worden gebruikt. Zo kan bijvoorbeeld het vermogen van een cliënt om bepaalde informatie te onthouden vastgesteld worden met deze tests, maar dat is niet een doorslaggevend oordeel bij het vaststellen van de wilsbekwaamheid.

Voor de toetsing van de wilsbekwaamheid is het ook van belang om rekening te houden met aspecten als verlangens, emoties en angst en deze komen in deze test nauwelijks aan de orde. Ook de waarden die een cliënt hanteert bij een beslissing worden buiten beschouwing gelaten als ook zijn onconventioneel en afwijkend wereldbeeld.

Het meest principiële bezwaar is echter dat het gebruik ervan suggereert dat de beoordeling van wilsbekwaamheid uitsluitend of grotendeels een empirische kwestie zou zijn. Daarmee wordt voorbij gegaan aan het inherent normatieve karakter van een oordeel over wilsbekwaamheid. Een dergelijk oordeel berust niet louter op empirische feiten, maar is mede afhankelijk van waarden die van belang worden geacht. Deze waarden komen tot uitdrukking in de drempel (de norm) die wordt gesteld ten aanzien van de beoordeling. (zie ook par. 2.3)

4 Wat zijn de belangrijkste beginselen voor de zorgverlening bij een vermoeden van wilsonbekwaamheid?

- Zelfbeschikking of autonomie van de cliënt
- De vooronderstelling van bekwaamheid
- Besluit niet te lichtvaardig tot een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid

Aanleiding voor het expliciet beoordelen van de wilsbekwaamheid is als de beslissing of het gedrag van de cliënt 'ernstig gevolg' heeft. Shared decision-making: het gezamenlijk tot een besluit komen. De hulpverlener praat zowel met de cliënt als met zijn vertegenwoordiger, die de cliënt kan ondersteunen bij de besluitvorming. Blijf de cliënt informeren niet alleen over de zorg en behandeling, maar ook over andere zaken ook nadat hij wilsonbekwaam is gebleken voor een specifieke beslissing.

5 Wat zijn vuistregels voor het voeren van een gesprek over wilsonbekwaamheid?

Als u informatie geeft aan de cliënt of vertegenwoordiger zijn de onderstaande aandachtspunten van belang:

- Stel voorafgaand aan het gesprek de boodschap die u over wilt brengen vast en maak duidelijk wat de cliënt of vertegenwoordiger te weten moet komen
- Maak een plan voor de manier waarop u de informatie verstrekt aan de cliënt en zijn vertegenwoordiger.
- Houd rekening met de cognitieve beperkingen bij de cliënt. Vraag de psycholoog om advies over de wijze waarop het gesprek met de cliënt optimaal gevoerd kan worden
- Maak gebruik van shared decisionmaking (zie ook par. 1.2)

Voor algemene aandachtspunten voor het optimaliseren van het begrip van de cliënt verwijzen we naar de KNMG modelrichtlijn - Van Wet naar Praktijk, p.46

6 Met welke valkuilen houd je rekening bij de beoordeling van wilsbekwaamheid?

ATTRIBUTIEFOUTEN

Het geheel toeschrijven van de keuze van de cliënt, aan diens persoonlijke eigenschappen, zonder te letten op de invloed van externe factoren.

Attributiefouten zijn ook te herkennen in het vooroordeel die bij medische behandelbeslissingen kunnen optreden. Bijvoorbeeld: de cliënt die een aanbevolen behandeling weigert, wordt verdacht van incompetentie, maar als diezelfde cliënt met de behandeling instemt, worden over diens competentie geen vragen gesteld.

SELF-SERVING BIAS

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.

CONFIRMATION BIAS

Bevestigende informatie zwaarder mee laten wegen dan ontkrachtende informatie.

STIGMATISERING

Stigmatisering doordat de cliënt verblijft op een psychogeriatrische afdeling. Eerder is al eens negatief geoordeeld over zijn wilsbekwaamheid. De cliënt toont afwijkend gedrag. Dit alles kan de beoordelaar op het verkeerde been zetten.

HET VERSCHIL TUSSEN IGNORANCE EN INCOMPETENCE

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

ANDERE VOOROORDELEN

Andere vooroordelen, zoals misleidende empathie, hebben een omgekeerd effect: ze veronderstellen te gemakkelijk wilsbekwaamheid waar deze misschien tekortschiet, waardoor bijvoorbeeld een depressie over het hoofd gezien kan worden en een weigering van hulp voor lief genomen wordt als een wilsbekwame beslissing (zie ook par. 3.3).

7 Welke informatie kan ik meegeven aan cliënten en hun familie over wilsbekwaamheid?

In samenwerking met de Landelijk Organisatie Cliëntenraden heeft de NVVA een Cliëntbrief ontwikkeld (zie bijlage 4). In deze Cliëntbrief staat informatie voor cliënten van zorginstellingen en hun familie over o.a. de beoordeling van de wilsbekwaamheid.

Deze brief kan worden uitgereikt aan de cliënt zelf of zijn familie en is digitaal beschikbaar via websites van beide organisaties.

8 Wat rapporteert de verpleeghuisarts in het medisch dossier bij een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid?

Op dit moment wordt er binnen de huidige verpleeghuis-geneeskundige praktijk niet gewerkt met een standaard-rapportage om de besluitvorming over wilsbekwaamheid vast te leggen. Hieronder worden elementen beschreven, die in een rapportage opgenomen zouden moeten worden wanneer een expliciete besluitvorming plaatsvindt.

Niet bij elke expliciete beoordeling hoeven alle onderdelen elke keer weer beschreven te worden. Wanneer het duidelijk is, dat de cliënt bepaalde beslissingen door langdurige beperkingen niet meer kan nemen, dan kunnen de onderdelen 3, 4 en 5 aangepast worden. Bij 3 en 4 wordt dan genoteerd, dat de situatie (nog) niet veranderd is. Bij 5 kan genoteerd worden op welke wijze de cliënt betrokken werd bij de besluitvorming.

Vraagstelling:

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

Voorwaarden:

- 4 Geef aan welke (structurele) beperkingen er zijn, bijv. visus, gehoor, motoriek (indien van toepassing)
- 5 Welke hulpmiddelen / aanpassingen zijn gebruikt om de beperkingen te compenseren (inzet tolk, taalzakboek, aangepaste inhoud en communicatiestijl, begeleiding psycholoog en/of anderen, aanwezigheid familie)

Beloop:

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

Noteer hier tevens de in par. 2.2 van deze handreiking genoemde signalen, die erop kunnen wijzen, dat de besluitvaardigheid is verminderd.

Conclusie beoordeling wilsbekwaamheid:

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

Vervolg (beleid):

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

Bijlage 4

Cliëntbrief Wilsonbekwaamheid



Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters

Cliëntbrief Wilsonbekwaamheid

Toelichting

Verpleeghuiscliënten en hun mantelzorgers hebben kwaliteitscriteria voor de zorg vanuit patiëntenperspectief ontwikkeld. Het informeren van de cliënt en de mantelzorgers vormt hiervan een zeer belangrijk onderdeel. De Cliëntbrief is hierbij behulpzaam. De Cliëntbrief is in begrijpelijke taal geschreven. U kunt de Cliëntbrief als hulpmiddel gebruiken ter ondersteuning van de mondelinge uitleg die aan een cliënt of mantelzorger wordt gegeven.

In deze Cliëntbrief staat informatie voor cliënten van zorginstellingen en hun vertegenwoordigers over wilsonbekwaamheid. Als cliënt heeft u een aantal rechten (zie ook punt 9). Eén daarvan is dat een arts u toestemming moet vragen, voordat hij u mag behandelen. Maar soms is dat niet mogelijk. Bijvoorbeeld als er snel gehandeld moet worden of als iemand buiten kennis is geraakt of vanwege dementie ernstig in de war is. In zulke situaties wordt vastgesteld dat iemand 'wilsonbekwaam' is en dat iemand anders bepaalde beslissingen moet nemen. Dat kan bijvoorbeeld iemand uit de eigen (familie-) kring zijn. De informatie in deze Cliëntbrief gaat in op wat wilsonbekwaamheid inhoudt, hoe het wordt vastgesteld en wat de gevolgen kunnen zijn.



Clïëntbrief

Wilsonbekwaamheid

1 Wat is wilsonbekwaamheid?

Iemand die niet voor zichzelf kan beslissen, wordt 'wilsonbekwaam' genoemd. In sommige situaties is het overduidelijk dat het niet meer mogelijk is om zelf wensen kenbaar te maken. Dat is bijvoorbeeld zo bij bewusteloosheid of coma. Ook bij zwaar demente mensen is sprake van wilsonbekwaam zijn.

Er zijn echter ook situaties denkbaar, waarbij iemand het ene moment wel en het andere moment niet voor zichzelf kan beslissen of waarbij iemand sommige beslissingen nog wel zelf kan nemen en andere niet. Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen met een lichtere vorm van dementie, een psychiatrische ziekte of een hersenbeschadiging. In dit soort wisselvallige situaties staat onomstotelijk vast dat een cliënt in eerste instantie altijd over zichzelf beslist. Iemand is wilsbekwaam, totdat het tegendeel blijkt. Bij de eerste tekenen van wilsonbekwaamheid – zoals bij beginnende dementie – mag een ander dus zeker niet zomaar alle beslissingen overnemen.

2 Wie stelt wilsonbekwaamheid vast?

De arts is de eerste die bepaalt of een cliënt al dan niet wilsbekwaam is om een bepaalde beslissing rond de zorg of behandeling te nemen. Dat beslist hij echter niet alleen. Hij doet dat samen met andere behandelaars. Familie of mensen uit de omgeving van de cliënt kunnen daarbij ook een rol spelen en hun mening geven. Om vast te stellen of iemand wilsonbekwaam is, zijn er enkele kenmerken die de arts houvast geven. In het algemeen gesteld is wilsonbekwaamheid aan de orde als iemand de informatie over zijn ziekte niet meer kan begrijpen, en dus geen goed besluit kan nemen over behandeling en de gevolgen ervan niet meer kan overzien. Hij is dan wilsonbekwaam, maar alleen voor die beslissing!

3 Wat gebeurt er als iemand wilsonbekwaam is? Wat gebeurt er wanneer u niet meer zelf kunt aangeven wat uw wensen zijn?

Dan wordt u doorgaans bijgestaan door een zogenoemde vertegenwoordiger. Het is daarbij het mooist wanneer u zo iemand al eerder in uw leven heeft aangewezen. Vaak is dat echter niet zo en dan moet er iemand in uw omgeving worden gezocht. Soms is geen vertegenwoordiger te vinden in de directe (familie)kring. Dan kan er door de rechter iemand worden aangesteld. Zolang er geen vertegenwoordiger is, neemt de arts alle beslissingen voor u, uiteraard in overleg met u.

4 Wie vertegenwoordigt u? Wie kan vertegenwoordiger zijn en wat doet diegene precies?

Soms bestaat er geen twijfel over wie de vertegenwoordiger van een cliënt is. Meestal is dat de partner of een nabij familielid zoals een kind, broer of zus. Het is ook mogelijk om zelf nu al iemand aan te wijzen, die voor u kan optreden, mocht dat ooit nodig zijn. De keuze die u maakt moet dan wel schriftelijk worden vastgelegd. Als er geen vertegenwoordiger uit de eigen kring is, dan kan daarvoor ook iemand – die daartoe is opgeleid – worden aangesteld.

Er zijn speciale organisaties die zogeheten 'mentoren' werven en opleiden. Zo'n mentor wordt uiteindelijk door de rechter aangesteld.

5 Wat doet een vertegenwoordiger?

Een vertegenwoordiger behartigt uw belangen en beslist over alles wat te maken heeft met uw verzorging, verpleging en behandeling. De arts betreft de vertegenwoordiger – en waar dat kan steeds ook de cliënt – bij alle beslissingen die moeten worden genomen. Een vertegenwoordiger heeft zelf ook inbreng bij uw behandeling. Hij kan bijvoorbeeld een verzoek indienen om iemand te laten overplaatsen naar een ander verpleeg-, verzorgings- of ziekenhuis als dat voor de cliënt van belang zou zijn. Een goede vertegenwoordiger handelt in de geest van wat u wilt. Ook moet hij u informeren en met u overleggen.

Dit is vastgelegd in de Wet op het Mentorschap.

6 Wat mag een vertegenwoordiger wel en niet?

Een vertegenwoordiger heeft rechten. Zo krijgt hij wanneer dat nodig is medische informatie over u en uw ziekte. Dat is van belang om de juiste beslissingen te kunnen nemen. Verder mag de vertegenwoordiger bij uw behandeling aanwezig zijn, tenzij uw privacy daarmee onnodig in het geding komt. Bovendien heeft degene die u vertegenwoordigt het recht uw medisch dossier in te zien. De wil van uw vertegenwoordiger is echter niet automatisch wet. Wanneer u het niet eens bent met een besluit van degene die u vertegenwoordigt, dan kunt u daartegen – zolang u daartoe in staat bent – bezwaar maken (zie ook punt 10). Wilt u een bepaalde behandeling niet, dan gaat die in principe niet door. Op die regel bestaat wel één uitzondering. Als uw weigering om een behandeling te ondergaan ernstige gevolgen of ernstig nadeel voor uzelf oplevert, dan kan de arts uw verzet toch naast zich neerleggen. Overigens hoeft een arts niet altijd uitdrukkelijk om de toestemming van een cliënt of de vertegenwoordiger te vragen.

Als de behandeling niet ingrijpend is, zoals bijvoorbeeld bij hoofdpijn een pijnstiller geven, dan gaat hij er vanuit dat de cliënt of de vertegenwoordiger stilzwijgend toestemming geeft. Is er binnen de familie verschil van mening over een beslissing dan zal de arts de mening van de formele vertegenwoordiger volgen. Vaak zal de arts een gesprek aangaan met meerdere familieleden om verschil van mening te voorkomen.

7 Wat als arts en vertegenwoordiger het niet eens zijn?

Uw arts hoeft aan de mening van de vertegenwoordiger niet automatisch gevolg te geven. Hij mag die bijvoorbeeld naast zich neerleggen als blijkt, dat u door een besluit van uw vertegenwoordiger niet voldoende zorg zou krijgen of als de arts zeker denkt te weten dat u het anders gewild zou hebben. Uw arts probeert met de vertegenwoordiger zoveel mogelijk tot overeenstemming te komen, maar als dat niet lukt dan heeft de arts het laatste woord. Wanneer de vertegenwoordiger twijfelt over het handelen van uw arts, dan kan hij de rechter daarover om een uitspraak vragen.

8 Wat zijn de wetten waarin uw rechten zijn vastgelegd?

De rechten van cliënten zijn in een aantal wetten vastgelegd waaronder: *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (Wgbo). Deze wet regelt allerlei zaken die gaan over de relatie tussen cliënt en zorgverlener (zoals artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten enzovoort). Wanneer een cliënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat tussen hen een geneeskundige behandelingsovereenkomst. In de Wgbo is een aantal spelregels vastgelegd, waaraan zorgverlener en cliënt zich hebben te houden.

Meer informatie www.knmg.nl/wgbo.

Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

Deze wet is er om cliënten te beschermen, die te maken krijgen met gedwongen opname en/of behandeling. Dat kan zijn in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychogeriatrisch verpleeghuis, waar zorg gegeven wordt aan cliënten met dementie. De meeste cliënten in de verpleeghuizen worden niet gedwongen opgenomen, maar op basis van 'geen bereidheid/geen bezwaar' (art. 60 Bopz). In deze wet staat wat de rechten zijn van cliënten tijdens hun opname in een instelling.

Meer informatie: www.postbus51.nl (zoek met de term 'Bopz' via de zoekmachine).

Verder is er algemene informatie over patiëntenrechten te vinden via de website: www.kiesbeter.nl/patiëntenrechten.

9 Wat kan ik alvast doen nu ik nog wilsbekwaam ben?

U kunt bijvoorbeeld eens met uw dierbaren overleggen wat u zou willen als u iets zou overkomen. U kunt dit schriftelijk vastleggen. Ook kunt u alvast een vertegenwoordiger aanwijzen voor het geval dat er iets gebeurt. Ook dit kunt u schriftelijk vastleggen in een machtiging. Bespreek dit ook met uw arts, zodat hij op de hoogte is van uw wensen. Houd rekening met de eisen die gesteld worden aan een wilsverklaring. Zo moet de wilsverklaring duidelijk zijn, geen ruimte laten voor misverstanden/interpretatie, een datum hebben en uw naam en uw handtekening bevatten. Uw arts kan u hier verder over informeren.

10 Waar kunt u bezwaar maken?

In eerste instantie is het altijd aan te raden om bezwaren eerst te bespreken met de arts. U kunt wanneer dat niet volstaat ook terecht bij een zogeheten cliëntvertrouwenspersoon of klachtenfunctionaris. Als zo'n functionaris niet beschikbaar is, dan is er de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de klachtencommissie van de organisatie. Verder kunt u voor persoonlijke ondersteuning ook contact opnemen met Regionale Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG's). Die zijn onderdeel van regionale organisaties 'Zorgbelang'. De Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg zijn te bereiken via een centraal telefoonnummer: (0900) 243 70 70 (u wordt automatisch doorverbonden met een bureau in de buurt). Meer informatie over IKG's is ook te vinden op: **www.zorgbelang-nederland.nl**.

Voor verdere informatie kunt u terecht bij:
Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), een organisatie die via cliëntenraden in thuiszorg, verpleeg-verzorgingshuizen de belangen van cliënten behartigt: **www.loc.nl** of (030) 231 46 79.

Stichting Mentorschap Netwerk Nederland, die zorg draagt voor werving en scholing van mentoren: **www.mentorschap.nl** of (010) 207 03 08.

Patiënten Consumenten Federatie (NP/CF), die de belangen van patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg behartigt: **www.npcf.nl** of (030) 297 03 03.

Deze tekst is ook digitaal beschikbaar via

www.verpleeghuisartsen.nl en via **www.LOC.nl**

Colofon

Dit is een uitgave van de NVVA, beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters. De publicatie is tot stand gekomen in het kader van Zorg voor Beter en is mogelijk gemaakt door ZonMw.

Alles uit deze uitgave mag gebruikt worden met bronvermelding voor publicatie. De publicatie is ook digitaal te raadplegen via **www.verpleeghuisartsen.nl**.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan de NVVA.

Deze publicatie is te bestellen bij NVVA:

Postbus 20069

3502 LB Utrecht

030 2823482

Per fax 030 28 23 494

Per e-mail nvva@verpleeghuisartsen.nl

of te downloaden van het internet

www.verpleeghuisartsen.nl

De KNMG modelrichtlijn Van Wet naar Praktijk, Implementatie van de WGBO, deel 2 Informatie en toestemming is te downloaden via **www.knmg.nl/wgbo**

UITGAVE

ISBN 978-90-74785-04-4

© NVVA - 2008

ONTWERP

Het Lab – grafisch ontwerpers BNO, Arnhem

DRUK

Drukkerij Roos en Roos bv, Arnhem