

Handreiking

Toetsing wilsbekwaamheid

voor orthopedagogen en psychologen
werkzaam in de zorg voor mensen
met een verstandelijke beperking

Uitgave: september 2020

In opdracht van NVO, NIP en Stichting Philadelphia Zorg

Voorwoord

Met deze handreiking willen we orthopedagogen en psychologen die werken in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking informeren over wat wilsbekwaamheid is en hoe dit kan worden getoetst. Wilsbekwaam zijn betekent in staat zijn om, met of zonder ondersteuning, een weloverwogen keuze te maken over een bepaald onderwerp ('ter zake'). Zeker in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is wilsbekwaamheid een belangrijk begrip waar zorgverleners regelmatig mee te maken hebben.

Het begrip wilsbekwaamheid raakt aan het recht op zeggenschap en het recht op vertegenwoordiging. Het al dan niet wilsbekwaam zijn van de cliënt bepaalt wie een bepaalde beslissing neemt en waar de verantwoordelijkheid voor die beslissing ligt. Als iemand wilsbekwaam wordt geacht voor een bepaalde beslissing, neemt hij die beslissing (idealiter) zelf en is ook verantwoordelijk voor die beslissing. Daarom is het belangrijk dat zorgverleners zich hier continu bewust van zijn. Dat kan door steeds in gesprek te gaan en te blijven met de cliënt, met collega's en met andere betrokkenen.

Wilsbekwaamheid wordt door de wetgever met name gekoppeld aan beslissingen rond zorg en behandeling. Wij kiezen in deze handreiking voor een bredere definitie, die verder gaat dan alleen beslissingen rond zorg en behandeling. Die keuze is gebaseerd op de praktijk waarin zorgverleners zich vaak verantwoordelijk voelen voor het welzijn van de cliënt en zich geconfronteerd zien met kleine en grote beslissingen van/voor de cliënt.

Toetsing van wilsbekwaamheid is van belang, omdat de uitkomst bepaalt wie er bevoegd is om bepaalde besluiten te nemen en bepaalde rechten uit te oefenen en waar de verantwoordelijkheid ligt voor de gevolgen van het betreffende besluit. Dat is onder meer vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet zorg en dwang (Wzd), de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Jeugdwet (Jw). De Wzd lichten we in deze handreiking kort toe, omdat deze wet voor alle cliënten in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking van belang kan zijn. zie [box Wzd in 4.3](#).

Deze handreiking wil orthopedagogen en psychologen helpen aan dit proces een bijdrage te leveren. Daar waar je een team ondersteunt, bewaak je mee of het recht op zeggenschap en vertegenwoordiging door medewerkers gerespecteerd worden. En als een cliënt voor een belangrijke beslissing staat en het niet duidelijk is of hij die voldoende overziet, kan jij als gedragswetenschapper de wilsbekwaamheid toetsen.

De verantwoordelijkheid van de gedragswetenschapper ten aanzien van wilsbekwaamheid is tweeledig. In de eerste plaats hoort bij het respecteren van wilsbekwaamheid, en daarmee dus van zeggenschap van cliënten, het maken van inschattingen over ruimte én risico's. In het afwegen daarvan kan een gedragswetenschapper een belangrijke rol spelen naar een cliënt, (een team van) begeleiders en ouders. In de tweede plaats heeft de gedragswetenschapper, samen met de arts, een taak bij het expliciet toetsen van wilsbekwaamheid ter zake als het gaat om grotere beslissingen.

In deze handreiking geven we allereerst, in deel 1, algemene informatie rond het begrip wilsbekwaamheid en gaan daarbij onder andere in op de verschillende benaderingen die er zijn. In deel 2 staat het expliciet toetsen van de wilsbekwaamheid in de praktijk centraal. De handreiking eindigt met een voorbeeldcasus waarin deze toetsing geïllustreerd wordt.

Voordat we verder gaan met de inhoud van deze handreiking, nog even het volgende omwille van de leesbaarheid van de tekst:

- In de tekst gebruiken we de woorden 'kiezen', 'beslissen' en 'besluiten' door elkaar. We bedoelen daarmee steeds hetzelfde, namelijk een keuze bepalen.
- Daar waar 'hij' staat, kan ook 'zij' gelezen worden.
- Daar waar 'ouder' staat, wordt gezaghebbende ouder of voogd bedoeld.
- We gebruiken in de handreiking de term 'zorgverlener' voor alle functionarissen die bij de ondersteuning van een cliënt zijn betrokken. Je kunt daarbij denken aan de begeleider, de gedragswetenschapper, arts, diëtist of fysiotherapeut. Daar waar we een specifieke zorgverlener bedoelen, staat dat benoemd.
- We gebruiken in deze handreiking de term wilsbekwaamheid, omdat dat in de literatuur de meest gebruikte term is. Hierbij gaat het om het totaal van de beslisvaardigheden waar iemand over beschikt. Een steeds vaker gebruikt synoniem is beslissingsbekwaamheid.

Deze handreiking is bedoeld om (zorg)inhoudelijke handvatten te bieden bij de beoordeling of er sprake is van wilsbekwaamheid. Dat betekent dat wat betreft de genoemde wetten er een beknopte toelichting wordt gegeven. Deze bepalingen vormen immers de grondslag voor het handelen. Het betekent echter ook dat, om te voorkomen dat het een juridisch document wordt, deze bepalingen niet uitputtend worden behandeld. Te allen tijde moet de professional handelen naar de van toepassing zijnde wet- en regelgeving en met inachtneming van de op hem van toepassing zijnde beroepscode.

We hebben in deze handreiking een toetsingsinstrument omschreven dat is gebaseerd op een integratieve benadering van wilsbekwaamheid. Wij brengen daarin een aantal zienswijzen en benaderingen bij elkaar in een nieuw instrument. Een instrument dat zich in de praktijk nog niet heeft bewezen. Daarom nodigen wij u als lezer uit om uw ervaringen met dit instrument met ons te delen.

Inhoud

Deel 1. Algemene informatie rond wilsbekwaamheid

1. HET BEGRIP WILSBEKWAAMHEID 5

1.1 Het recht op zeggenschap, ondersteuning, informatie en vertegenwoordiging	5
1.2 Zeggenschap van de minderjarige cliënt	5
1.3 Wat is wilsbekwaamheid	5
1.4 Wilsbekwaam, handelingsonbekwaam, handelingsonbevoegd	6
1.5 Wilsbekwaamheid beoordelen in het dagelijks leven	6
1.6 De vertegenwoordiger van de cliënt	6

2. HET RECHT OP ONDERSTEUNING IN BESLUITVORMING 8

2.1 Ondersteuning in besluitvorming	8
2.2 Verdere taken rond de ondersteuning van besluitvorming	8

3. VERSCHILLENDE BENADERINGEN VAN WILSBEKWAAMHEID 9

3.1 De cognitieve benadering van wilsbekwaamheid	9
3.2 Kanttekeningen bij de cognitieve benadering	10
3.3 De benadering gebaseerd op emoties en praktische rationaliteit	11
3.4 Een integratieve benadering van wilsbekwaamheid	11

Deel 2. Expliciet toetsen van de wilsbekwaamheid

4. DE EXPLICIETE TOETSING VAN DE WILSBEKWAAMHEID IN PRAKTIJK 14

4.1 Wanneer kan een expliciete toetsing van wilsbekwaamheid worden overwogen	14
4.2 Wie doet een expliciete toetsing wilsbekwaamheid	14
4.3 Proces van besluitvorming bij toetsing wilsbekwaamheid	14
4.4 Wie kan vragen om een toetsing wilsbekwaamheid	16
4.5 Een instrument voor de toetsing van wilsbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke beperking	16
4.6 De feitelijke toetsing door een gedragswetenschapper	17
4.7 Valkuilen bij de toetsing van wilsbekwaamheid	18

5. VOORBEELDCASUS EXPLICIETE TOETSING WILSBEKWAAMHEID 20

LITERATUUR 22

BIJLAGE 1: INSTRUMENT TOETSING WILSBEKWAAMHEID 24

Deel 1.

Algemene informatie rond wilsbekwaamheid

1. Het begrip wilsbekwaamheid

1.1 HET RECHT OP ZEGGENSCHAP, ONDERSTEUNING, INFORMATIE EN VERTEGENWOORDIGING

Iedereen staat in zijn leven regelmatig voor grote en kleinere keuzes. De Nederlandse grondwet bepaalt dat iedereen van 18 jaar en ouder zelfbeschikkingsrecht ofwel **recht op zeggenschap** heeft. Dat betekent dat je zelf je keuzes mag maken. Ook mensen met een verstandelijke beperking hebben dat recht, hoewel ze veelal ondersteuning nodig hebben om beslissingen te kunnen nemen. Dat bevestigt ook het *VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap* (Verenigde Naties, 2007), dat de rechten van mensen met een beperking omschrijft. Of het nu gaat over de keuze voor het broodbeleg of de keuze voor werk of dagbesteding, de cliënt heeft het recht daar zelf over te beslissen. Maar, het zelfbeschikkingsrecht wordt voor iedereen begrensd door wetgeving. Je mag niet kiezen voor iets dat bij wet verboden is, zoals bijvoorbeeld door een rood stoplicht rijden.

Daarnaast zien we in de zorg dat de zeggenschap van cliënten beperkt kan worden door de mogelijkheden van de persoon zelf, bijvoorbeeld als iemand onvoldoende in staat is om alle informatie, die nodig is voor het nemen van een beslissing, te begrijpen. Daarom is het belangrijk je te realiseren dat cliënten naast zelfbeschikkingsrecht, **recht op ondersteuning** hebben als onderdeel van goede zorg. Ook dit recht vinden we terug in het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Het ondersteunen van cliënten bij besluitvormingsprocessen is een belangrijke taak van de zorgverlener. Alleen als je goed geïnformeerd bent, kun je weloverwogen beslissingen nemen. Daarom hoort bij dat recht op ondersteuning het **recht op informatie**. De informatie moet in voor de cliënt toegankelijke taal gegeven worden, dus afgestemd op diens begripsvermogen. Het gaat dan om informatie over de keuze waar de cliënt voor staat, maar ook om informatie over het begrip wilsbekwaamheid. Voor dat laatste kan gebruik gemaakt worden van de uitleg van STEFFIE.NL over dit onderwerp.

Iedere persoon van 18 jaar of ouder is in Nederland in beginsel wilsbekwaam. Alleen als een cliënt niet in staat is de gevolgen van een bepaalde keuze te overzien, en hij dus wilsonbekwaam is voor deze keuze, betekent dit dat hij zijn zelfbeschikkingsrecht voor die beslissing niet kan uitoefenen.

Wils(on)bekwaamheid is altijd gekoppeld aan een bepaalde beslissing ('ter zake') en is een momentopname: kan de cliënt *die keuze op dat moment* voldoende overzien of niet?

Voor die keuze waarvoor de cliënt wilsonbekwaam is, heeft een zorgverlener of vertegenwoordiger het recht en zelfs, daar waar die keuze nadelige gevolgen heeft voor de cliënt, de plicht om de cliënt die keuze uit handen te nemen. Daar waar de nadelen beperkt blijven, kan de zorgverlener ervoor kiezen om de cliënt probeerruimte te geven. Wilsonbekwaamheid ter zake dient eerst door een zorgverlener vastgesteld te worden voordat een cliënt zijn zelfbeschikkingsrecht voor die beslissing kan kwijtraken.

Daar waar wilsonbekwaamheid ter zake is vastgesteld, heeft de cliënt het **recht op vertegenwoordiging**. Dat betekent dat een vertegenwoordiger de belangen van de cliënt ter zake van dat onderwerp behartigt.

1.2 ZEGGENSCHAP VAN DE MINDERJARIGE CLIËNT

Voor cliënten tot 12 jaar ligt de zeggenschap bij de ouders of voogd. Hoewel deze kinderen formeel dus geen zeggenschap hebben, speelt hun mening in de afweging wel een rol. Voor cliënten tussen 12 en 16 jaar geldt dat zij bij keuzes rond (medische) zorgverlening, de zeggenschap samen met hun ouders of voogd hebben. Dat betekent dat de cliënt samen met hen tot een besluit moet komen. Voor de cliënt geldt dan wel dat hij wilsbekwaam moet zijn voor de betreffende keuze.

Cliënten vanaf 16 jaar hebben bij keuzes rond zorgverlening zelf de zeggenschap. Volgens de wet is daarbij geen toestemming meer nodig van de ouders of voogd, tenzij de cliënt ter zake wilsonbekwaam is. Bij andere keuzes, bijvoorbeeld over wonen, geldt conform de Nederlandse wetgeving, de leeftijdsgrens van 18 jaar. Vanaf dan is iemand meerderjarig en mag hij keuzes zelfstandig maken.

1.3 WAT IS WILSBEKWAAMHEID

Het begrip wilsbekwaamheid wordt in verschillende wetten op verschillende manieren omschreven, bijvoorbeeld: *"In staat worden geacht tot een redelijke waardering van de eigen belangen ter zake"* (o.a. WGBO art. 465 lid 2, Burgerlijk Wetboek, boek 7 en Jeugdwet art. 7.3.15 lid 2).

In dit document baseren we ons op de volgende definitie van wilsbekwaamheid:

"Wilsbekwaamheid betekent dat de cliënt in staat is om op basis van voldoende relevante informatie, afgestemd op zijn begripsvermogen, een beslissing te nemen over een bepaald onderwerp. Hij overziet de aard en de gevolgen van de beslissing" (Biesart & Hubben, 1997, p. 14).

Bij het beoordelen van wilsbekwaamheid gaat het dus niet om de inhoud van de beslissing, maar om het proces daarnaartoe. Hoe verloopt het afwegen van de informatie, het toepassen ervan op de eigen situatie en de weging van voor- en nadelen van de beslissing? Als de cliënt dat proces zorgvuldig doorloopt, is hij wilsbekwaam voor deze keuze. Ook als de cliënt een keuze maakt die misschien niet verstandig lijkt, kan dat dus een ter zake wilsbekwame keuze zijn. In Engeland en Wales is het recht voor mensen met psychische problemen en/of een verstandelijke beperking om onverstandige beslissingen te kunnen nemen zelfs vastgelegd in de Mental Capacity Act (2005). Wilsbekwaamheid gaat dus niet zo zeer over iemands wil, maar over de vaardigheden om een weloverwogen beslissing ter zake te nemen.

De wilsbekwame cliënt beslist zelf en is zelf verantwoordelijk voor de gevolgen van zijn keuze. Is de cliënt voor een bepaalde keuze wilsbekwaam, dan ligt die verantwoordelijkheid bij de zorgverlener en de vertegenwoordiger. Hoe ingrijpender de beslissing, hoe hoger de eisen die mogen worden gesteld aan de wilsbekwaamheid. Het vaststellen van wilsbekwaamheid ter zake is niet eenvoudig. In paragraaf 1.5 gaan we verder in op het beoordelen van wilsbekwaamheid in het dagelijks leven.

1.4 WILSONBEKWAAM, HANDELINGSONBEKWAAM, HANDELINGSONBEVOEGD

In de praktijk worden deze termen nogal eens door elkaar gebruikt. Bij personen die wilsbekwaam ter zake zijn, is vastgesteld dat zij een bepaalde beslissing niet kunnen nemen.

In de wet wordt er ook gesproken over de begrippen 'handelingsonbekwaam' en 'handelingsonbevoegd'. Deze gaan over niet mogen. De benoeming van een wettelijk vertegenwoordiger door de rechter maakt iemand *handelingsonbekwaam* of *handelingsonbevoegd*. Dit betekent echter niet dat de cliënt dan geen zeggenschap meer zou hebben. In paragraaf 1.6 komen we daarop terug.

1.5 WILSBEKWAAMHEID BEOORDELEN IN HET DAGELIJKS LEVEN

Bij kleine keuzes in het dagelijks leven, zoals kleding die de cliënt wil dragen, speelt wilsbekwaamheid een minder grote rol dan wanneer het gaat om keuzes die verstrekken gevolgen hebben, zoals het ondergaan van een operatie. Toch is, zoals hiervoor al aangegeven, het inschatten van iemands wilsbekwaamheid ook bij kleinere, alledaagse keuzes van belang.

De beslissing over de beoordeling van de wilsbekwaamheid legt de wetgever bij de zorgverlener. In het dagelijks leven is dat de (persoonlijk/coördinerend) begeleider van de cliënt. Deze begeleider stelt dagelijks op veel momenten de wilsbekwaamheid ter zake van de cliënt vast, bijvoorbeeld bij de keuzes rond kleding, het broodbeleg of de bedtijd. Dit gebeurt in de praktijk niet altijd heel bewust. Aanvullende scholing, voorlichting en ondersteuning voor begeleiders door bijvoorbeeld de gedragswetenschapper kunnen het proces van vaststellen van wilsbekwaamheid optimaliseren. De begeleider kan bij twijfel over de wilsbekwaamheid overleggen met het team, de gedragswetenschapper of de betrokken arts. Daarnaast is het in een dergelijk geval goed om, zo mogelijk samen met de cliënt, met diens vertegenwoordiger te overleggen. Constaneert de begeleider dat de cliënt een keuze voldoende overziet? Dan is de cliënt voor deze beslissing wilsbekwaam. De cliënt beslist dan zelf en hij is dan ook zelf verantwoordelijk voor de gevolgen van die beslissing. Natuurlijk ondersteunt de begeleider de cliënt wel bij het omgaan met eventuele negatieve gevolgen. Is de cliënt niet wilsbekwaam, maar heeft de betreffende keuze geen nadelen of gevaren voor de cliënt of voor anderen tot gevolg, dan mag de cliënt toch zelf beslissen. De cliënt zou van deze ervaring kunnen leren. Daarnaast draagt zelf beslissen sowieso bij aan de kwaliteit van bestaan. Dit noemen we de probeer- of ontdekrumte voor een cliënt. (Den Besten & Van Vulpen, 2009).

Waar keuzes groter worden en de gevolgen mogelijk onomkeerbaar zijn, is de expliciete toetsing van de wilsbekwaamheid door een

gedragswetenschapper of arts aan de orde. Dit kan bijvoorbeeld spelen bij de beslissing over een medische behandeling, kinderwens of dagbesteding. In hoofdstuk 3 en 4 wordt dit verder uitgewerkt.

1.6 DE VERTEGENWOORDIGER VAN DE CLIËNT

In de wetgeving worden mensen daar waar zij onvoldoende hun eigen belangen kunnen behartigen, beschermd door het recht op vertegenwoordiging.

Daar waar de cliënt niet in staat is zijn belangen te behartigen, gaan alle rechten van de cliënt op gebied van informatie en zeggenschap in principe naar de vertegenwoordiger. Hieronder vallen het inzage-recht in het dossier en bijvoorbeeld het instemmen met het ondersteuningsplan. Voor die keuzes waarvoor de cliënt wilsbekwaam is, heeft hij recht op vertegenwoordiging en dus op iemand die namens hem de keuze maakt.

Wie is de vertegenwoordiger

Verschillende mensen kunnen optreden als vertegenwoordiger:

1. De wettelijk vertegenwoordiger¹, dat is een door de rechter benoemde vertegenwoordiger, de mentor (voor zaken rond zorg- en dienstverlening), de bewindvoerder (voor financiële zaken) of de curator (voor zaken rond zorg- en dienstverlening en financiële zaken).
Als deze er niet is:
2. De schriftelijk gemachtigde vertegenwoordiger. Dit is degene die door de cliënt benoemd is als zijn vertegenwoordiger.
Als deze er niet is of niet optreedt:
3. De echtgenoot of geregistreerd partner van de cliënt.
Als deze er niet is of niet optreedt:
4. Ouder, kind, broer of zus, kleinkind of grootouder van de cliënt.

De vertegenwoordiger van een wilsbekwame cliënt

Als een cliënt *wilsbekwaam* ter zake is, heeft de vertegenwoordiger slechts een ondersteunende en adviserende rol bij een keuze. De uiteindelijke beslissing neemt de cliënt zelf. Dat geldt ook voor een cliënt met een wettelijk vertegenwoordiger.

Een *wettelijk* vertegenwoordiger van een cliënt die wilsbekwaam ter zake is, heeft het recht op informatieverstrekking over die beslissing door de zorgverlener. Dit geldt ook als de cliënt het hier niet mee eens is. Is er een *niet-wettelijk* vertegenwoordiger bij een cliënt betrokken (schriftelijk gemachtigde, partner, ouder, kind, broer of zus, grootouder, kleinkind), dan is voor het verstrekken van informatie toestemming van de wilsbekwame cliënt nodig.

Dat recht op informatieverstrekking is niet onbegrensd. Daar waar het informeren van de wettelijk vertegenwoordiger strijdig is met het handelen als goed hulpverlener, dat is als het geven van de informatie nadelig is voor de cliënt, kan de zorgverlener besluiten die informatie niet te verstrekken.

De vertegenwoordiger van een ter zake wilsbekwame cliënt

Zoals hiervoor aangegeven, op die gebieden waar een cliënt *wilsbekwaam* is, heeft hij het recht op een vertegenwoordiger die zijn belangen behartigt. Deze heeft bij die beslissingen automatisch de zeggenschap en het recht op alle informatie die van belang is voor die beslissing. Ook in deze situatie geldt dat het recht op informatie van de vertegenwoordiger niet onbegrensd is. Daar waar het informeren van de vertegenwoordiger strijdig is met het handelen als goed

1. [meer info over wettelijke vertegenwoordiging](#)

hulpverlener, kan de zorgverlener besluiten de vertegenwoordiger niet of niet volledig te informeren.

De zorgverlener dient de beslissing van de vertegenwoordiger dan ook te respecteren. Voorwaarde daarvoor is wel dat de vertegenwoordiger zich opstelt als goed vertegenwoordiger.

Wanneer is iemand een goed vertegenwoordiger?

Een goed vertegenwoordiger:

- geeft de cliënt, binnen diens mogelijkheden, zoveel mogelijk ruimte om zelf te beslissen;
- ondersteunt de cliënt bij het nemen van weloverwogen beslissingen;
- respecteert de besluiten van de cliënt;
- betreft de cliënt zoveel mogelijk bij de besluitvorming;
- beslist namens de cliënt zoveel mogelijk in het verlengde van diens wensen;
- geeft de cliënt informatie over dat wat voor de cliënt beslist wordt;
- laat zich informeren over de situatie van de cliënt, de cliënt zelf en/of de begeleider;
- behartigt de belangen van de cliënt zo goed mogelijk (Den Dulk, 2020).

De zorgverlener heeft op grond van 'goed hulpverlenerschap' de mogelijkheid een besluit van de vertegenwoordiger naast zich neer te leggen als deze zich niet opstelt als goed vertegenwoordiger. Met andere woorden, het belang van de cliënt weegt zwaarder dan het recht van de vertegenwoordiger. Ook als een vertegenwoordiger de zorgverlener vraagt iets te doen of te laten dat niet verenigbaar is met goed hulpverlenerschap, kan de zorgverlener dit verzoek naast zich neerleggen. Natuurlijk gaat hier overleg met de vertegenwoordiger aan vooraf en wordt dat besluit zeer zorgvuldig genomen.

Geen zeggenschap bij de vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger heeft niet de zeggenschap als het gaat over hoogstpersoonlijke beslissingen zoals trouwen, euthanasie en een (niet-)reanimatieverklaring.

Ook als het gaat over een opname of over zorg waar de cliënt die ter zake wilsonbekwaam is zich tegen verzet, heeft de vertegenwoordiger niet de zeggenschap. In die situatie is de Wet zorg en dwang van toepassing ([zie box Wzd in 4.3](#)).

2. Het recht op ondersteuning in besluitvorming

De cliënt heeft recht op begrijpelijke informatie, passend bij zijn bevattingvermogen, voordat hij een beslissing kan nemen. In de WGBO, waar het gaat om toestemming geven voor de aangeboden zorg, wordt dat *informed consent*, ofwel geïnformeerde toestemming, genoemd. Informed consent is de basis voor het recht van de cliënt op ondersteuning in besluitvorming.

Ondersteuning in besluitvorming is te omschrijven als een onderdeel van goede zorg. Het gaat er dan om de cliënt die ondersteuning te geven die hij nodig heeft om beslissingen goed te kunnen nemen. In de dagelijkse praktijk ligt die taak bij de begeleider. In bijzondere gevallen kan ook de gedragswetenschapper deze ondersteuning bieden.

De verantwoordelijkheid van de gedragswetenschapper in deze wordt natuurlijk bepaald door zijn rol en positie ten opzichte van het team. Hij heeft in ieder geval de taak om, waar nodig, medewerkers toe te rusten bij de ondersteuning van besluitvorming door de cliënt. Dan gaat het om thema's als het respecteren van de zeggenschap van cliënten met de eventuele risico's die daarbij kunnen horen. Een team heeft daarbij de steun van de gedragswetenschapper (en de leidinggevende) hard nodig. Ook bij de gesprekken met ouders/vertegenwoordigers kan de gedragswetenschapper (of zo nodig arts) een belangrijke rol spelen.

2.1 ONDERSTEUNING IN BESLUITVORMING

Een zorgverlener heeft de verantwoordelijkheid een cliënt te ondersteunen bij het maken van beslissingen. Dat kan door:

- Perspectief te nemen en te luisteren.
- Vanuit echte nieuwsgierigheid en zonder oordeel willen weten wat de cliënt beweegt en wat zijn beelden zijn bij de beslissing. Niet tegenover, niet boven, maar naast de cliënt staan, zodat je samen als het ware hetzelfde uitzicht hebt.
- De cliënt te informeren.
- De cliënt zonder oordeel en advies, afgestemd op zijn begrips- en communicatieniveau, informeren over de verschillende kanten van de beslissing en de gevolgen daarvan. Controleren of de cliënt de informatie begrepen heeft. De cliënt volledig informeren en samen met de cliënt op zoek gaan naar ontbrekende informatie.
- Zo ervaart de cliënt maximaal de ruimte om zelf zoveel mogelijk te beslissen.
- De cliënt te helpen de informatie te ordenen en toe te passen.
- Ondersteunen bij het structureren van de informatie en bij het begrijpen van wat (mogelijke) gevolgen van de beslissing op het eigen leven kunnen zijn.

2.2 VERDERE TAKEN ROND DE ONDERSTEUNING VAN BESLUITVORMING

Naast de hierboven omschreven ondersteuning, gaat de verantwoordelijkheid van de zorgverlener verder:

- Wilsbekwaamheid ter zake inschatten.
Dat betekent in het gesprek met de cliënt de inschatting maken of

de cliënt de keuze overziet, de informatie begrijpt, kan toepassen op de eigen situatie en de voor- en nadelen kan afwegen. Met andere woorden, of de cliënt het proces van besluitvorming goed kan doorlopen.

Afhankelijk van de uitkomst daarvan (wilsbekwaam of wilsonbekwaam) heeft de zorgverlener een aantal specifieke taken. Deze staan hieronder weergegeven.

Bij een ter zake wilsbekwame cliënt

- De keuze van de cliënt respecteren.
- Ondersteunen bij de gevolgen van een beslissing.
Hoewel de gevolgen van de beslissing van de wilsbekwame cliënt zijn eigen verantwoordelijkheid zijn, heeft de zorgverlener wel de taak hem te ondersteunen in het omgaan met die gevolgen.
- Andere begeleidingsmethodieken inzetten.
Het kan gebeuren dat de wilsbekwame cliënt een onverstandig besluit wil nemen waarbij de zorgverlener grote risico's of nadelen ziet. Dan kan de zorgverlener andere methodieken of vormen van ondersteuning inzetten, zoals adviseren, motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken en het inzetten van een beloningssystematiek. Uiteraard beslist de cliënt of hij deze ondersteuning wil.
- Alleen in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd): de keuze weghalen bij cliënt.
Alleen als er sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt of anderen, zoals gedefinieerd in de Wzd, geeft de Wzd de zorgverlener als *ultimum remedium* de mogelijkheid om de beslissing van een wilsbekwame cliënt naast zich neer te leggen. Als dit aan de orde is, moet de zorgverlener het stappenplan van de Wzd doorlopen.
[stappenplan van de Wzd](#)

Bij een ter zake wilsonbekwame cliënt

- De risico's van de keuze van de cliënt inschatten.
Als er geen nadelen zijn, kan de cliënt zelf beslissen, ondanks zijn wilsonbekwaamheid voor die keuze. Als er wel nadeel is, gaat de zeggenschap op dat punt naar de vertegenwoordiger van de cliënt. Maar, als wordt ingeschat dat de wilsonbekwaamheid ter zake van tijdelijke aard zou kunnen zijn, bijvoorbeeld als gevolg van een psychose of depressie, dan wordt bekeken of de beslissing uitgesteld kan worden, zodat de cliënt op een later moment alsnog zelf kan beslissen (zie ook 4.3).
- De vertegenwoordiger informeren en ondersteunen bij het nemen van de beslissing voor de wilsonbekwame cliënt.
- De cliënt informeren over en ondersteunen bij de (niet altijd prettige) gevolgen van een beslissing die voor hem is genomen.
- Afspraken met de vertegenwoordiger.
Bij een cliënt die voor meerdere beslissingen wilsonbekwaam ter zake is, afspraken maken over welke beslissingen de zorgverlener en welke de vertegenwoordiger neemt.
- Op een later moment, opnieuw toetsen overwegen.
Als de cliënt op een later moment voor dezelfde of een vergelijkbare keuze komt te staan, een nieuwe toetsing van zijn wilsbekwaamheid overwegen. Het kan immers zijn dat de cliënt door opgedane ervaringen inmiddels wel wilsbekwaam is voor de betreffende beslissing, wat een nieuwe toetsing rechtvaardigt.

3. Verschillende benaderingen van wilsbekwaamheid

In dit hoofdstuk komen verschillende benaderingen van wilsbekwaamheid aan de orde. De manier waarop je kijkt naar wilsbekwaamheid bepaalt namelijk ook hoe je te werk gaat bij een toetsing. In de literatuur wordt bij wilsbekwaamheid met name gekeken naar situaties waarin iemand voor een keuze met zwaarwegende gevolgen staat. Zoals we in 1.5 al uitlegden, wordt er in deze handreiking gekozen voor een bredere definitie van wilsbekwaamheid. Ook bij het maken van keuzes in het leven van alledag is het bij mensen met een beperking van belang om te weten in hoeverre iemand consequenties van die keuzes overziet.

Widdershoven en Berghmans schreven in 2004 een artikel dat specifiek gaat over wilsbekwaamheid in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De paragrafen 3.1 en 3.3 zijn grotendeels gebaseerd op dit artikel. Ze onderscheiden twee benaderingen die kunnen worden gebruikt bij de beoordeling van wilsbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke beperking:

- a. De cognitieve benadering van wilsbekwaamheid (3.1) en kanttekeningen hierbij (3.2);
- b. De benadering gebaseerd op emoties en praktische rationaliteit (3.3).

In 3.4 wordt een integratieve benadering van wilsbekwaamheid beschreven, die grotendeels is gebaseerd op een artikel van Liégeois (2018).

3.1 DE COGNITIEVE BENADERING VAN WILSBEKWAAMHEID

Bij deze benadering is het *begripsvermogen* van de cliënt ter zake van de keuze waarop de toetsing betrekking heeft, leidend. Voordat dit in kaart is gebracht, is de cliënt door een zorgverlener al op een voor hem begrijpelijke manier geïnformeerd over wat hij moet weten over de beslissing.

Er worden in de literatuur, door Grisso en Appelbaum (1995, zoals geciteerd door Widdershoven & Berghmans, 2004) vier cognitieve criteria van wilsbekwaamheid beschreven. Binnen de cognitieve benadering zou een cliënt volledig wilsbekwaam zijn voor een beslissing wanneer hij voldoet aan alle vier de criteria. Het minst wilsbekwaam is hij wanneer hij zelfs niet aan het eerste criterium voldoet. Wanneer er sprake is van een keuze met ingrijpende consequenties moet aan de beoordeling van de mate van begrip relatief hoge eisen worden gesteld. Degene die de wilsbekwaamheid toetst, beoordeelt dit.

We bespreken hieronder de vier criteria en illustreren deze aan de hand van casus Jantine. De onderzoeksvraag bij deze casus is: kan Jantine de gevolgen overzien van het afspreken met jongens via internet.

1. Het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken.

Dit criterium stelt de minste eisen aan wilsbekwaamheid; een keuze verbaal of non-verbaal kunnen uitdrukken is al voldoende. Alleen dit criterium wegen geeft enerzijds veel ruimte aan autonomie van de betrokkene. Anderzijds wordt voorbijgegaan aan het proces van

besluitvorming dat aan die keuze ten grondslag ligt. Hierdoor bestaat het risico dat een keuze ernstige gevolgen heeft, terwijl inzicht ontbreekt in de kwaliteit van de besluitvorming van de betrokkene (Widdershoven & Berghmans, 2004).

Jantine vertelt haar begeleiders al een paar maanden dat zij graag jongens via Tinder wil ontmoeten om mee te chatten of mee af te spreken. Zij blijft deze keuze consequent aangeven.

Jantine maakt haar keuze op dit punt kenbaar en doet dit ook consequent. Het is echter niet duidelijk of zij precies weet wat deze keuze inhoudt en welke gevolgen dit kan hebben.

2. Het vermogen om verkregen informatie te begrijpen.

Bij dit criterium ligt de nadruk op de cognitieve vaardigheden van de betrokkene om de eerder verstrekte informatie over de keuze waar diegene voor staat te begrijpen. Is dit een onderzoek of behandeling waar de betrokkene voor staat (medisch of niet-medisch), dan gaat het er in de eerste plaats om dat de betrokkene snapt wat het doel is van het onderzoek of de behandeling en welke verrichtingen daarbij horen. Daarnaast is het van belang dat de betrokkene begrijpt wat in algemene zin de te verwachten gevolgen en risico's zijn van het onderzoek of de behandeling of het nalaten daarvan. Als laatste gaat het erom dat de betrokkene snapt welke andere methoden van onderzoek of behandeling in aanmerking komen (als dit aan de orde is).

De keuze waar iemand voor staat kan ook betrekking hebben op andere thema's dan onderzoek en behandeling. In de praktijk zijn dit vaak levensbeslissingen (besluiten ten aanzien van een relatie, opleiding, baan, woning of kinderen) of keuzes over leefstijl. Ook bij deze keuzes gaat het erom of de betrokkene eerder verstrekte informatie in algemene zin begrijpt. Wat houdt de keuze in en wat zijn te verwachten gevolgen en risico's van deze en eventuele alternatieve keuzes?

Jantine legt, nadat een begeleider haar hierover informatie heeft gegeven, desgevraagd uit hoe het leggen van contact via Tinder eruitziet. Ook kan zij in algemene zin aangeven wat gevolgen en risico's zijn wanneer je een date hebt met iemand die je niet of nauwelijks kent. Zij kent ook andere manieren van contact zoeken met jongens en weet daarvan voor- en nadelen te benoemen.

Jantine kan haar keuze op dit punt dus uitdrukken én kan de gevolgen en risico's benoemen. Of zij die ook op haar eigen situatie toe kan passen, komt bij het volgende punt aan de orde.

Het *vermogen* om informatie te begrijpen moet worden onderscheiden van het *feitelijk* begrip van de informatie. Iemand kan het vermogen bezitten om bepaalde informatie te begrijpen, maar

door belemmeringen (bijvoorbeeld stress of decompensatie) niet daadwerkelijk tot begrip komen (Widdershoven & Berghmans, 2004). Bij een toetsing van de wilsbekwaamheid zal de toetser met name gericht zijn op het feitelijk begrip van de betrokkene op het moment van de toetsing.

3. Het vermogen om verkregen informatie toe te passen in de context van de eigen situatie van de betrokkene (ook wel genoemd: het vermogen om de situatie te waarderen).

Bij dit criterium gaat het erom dat de betrokkene niet alleen in algemene zin de verkregen informatie kan toepassen (criterium 2), maar daarnaast erkent dat deze informatie ook in de eigen situatie van toepassing is.

Jantine begrijpt dat de onder 2 genoemde punten ook in haar eigen situatie aan de orde (kunnen) zijn. Zij benoemt bijvoorbeeld welke risico's zij persoonlijk zou lopen als ze met jongens via Tinder zou gaan daten.

Ook op dit criterium scoort Jantine positief. Zo kan ze duidelijk vertellen dat de risico's uit criterium 2 ook aan de orde zouden kunnen zijn als zijzelf af zou spreken met jongens. Of zij uiteindelijk alle afwegingen mee kan nemen en zo kan komen tot een keuze die daarmee in lijn is, komt bij criterium 4 aan de orde.

4. Het vermogen om gegevens rationeel te hanteren en zo tot een keuze te komen.

Hierbij gaat het om de vaardigheid om logische processen toe te passen bij de inschatting en afweging van voor- en nadelen van de keuze en eventuele alternatieven om zo tot een keuze te komen.

Jantine maakt uiteindelijk de volgende afweging: "Ik weet dat afspreken met jongens via Tinder goed kan verlopen, maar ook risico's heeft. Ik weet dat dat ook in mijn situatie zo is. Toch is die kans bij mij heel klein. Ik heb veel mensenkennis en zal als we chatten heel snel doorhebben als iemand slechte bedoelingen heeft. Dan ga ik natuurlijk niet daten met die jongen."

Om te kunnen beoordelen of Jantine aan het vierde criterium voldoet, is het nodig om meer te weten over haar levensverhaal. Daaruit blijkt dat er zich al verschillende situaties in haar leven hebben voorgedaan waarin ze verkeerde bedoelingen van iemand niet of onvoldoende doorzag. In het voorbeeld wordt duidelijk dat zij wel aan de eerste drie, maar niet aan het vierde cognitieve criterium voldoet. Het is aan degene die de toetsing doet om te bepalen wat dit betekent voor haar wilsbekwaamheid ter zake van het afspreken met jongens via Tinder.

3.2 KANTTEKENINGEN BIJ DE COGNITIEVE BENADERING

Grisso & Appelbaum (1995) kregen waardering voor de bovengenoemde cognitieve criteria en daarmee voor hun poging om het toetsen van wilsbekwaamheid (overigens alleen bij medische

beslissingen) te objectiveren. Tegelijkertijd werden er ook verschillende kanttekeningen bij geplaatst:

1. De vooronderstelling van de cognitieve benadering is dat (medische) beslissingen vooral op rationele gronden worden genomen. Bij het maken van keuzes spelen bij mensen, met en zonder een verstandelijke beperking, emoties echter een zeer belangrijke rol. Widdershoven en Bergmans (2004, pp. 174-175) zeggen hierover:

"Bij het aangaan van vriendschappen of relaties, het kiezen van een opleiding of werkring, het kopen van een huis, zijn emotionele factoren in het geding. Van belang is of men er iets in ziet, er vertrouwen in heeft, erin gelooft, bereid is erin te investeren. Bij dergelijke keuzes gaat het niet alleen om de vraag naar het nut, maar ook en vooral om de vraag of het alternatief past bij wie men is en wil zijn. Volgens Nussbaum (1990) zijn emoties essentieel voor moreel handelen. Emoties zijn een bron van kennis omdat ze vitale informatie geven over hoe iemand een situatie ervaart. Deze ervaring is gerelateerd aan de doelen, waarden en standen van zaken die voor de persoon belangrijk zijn. (...) Emoties kunnen worden beschouwd als preconceptuele wijzen van kennen en appreciëren van een situatie. Terwijl rationele keuzetheorieën emoties verdacht vinden, is het in het dagelijks leven veeleer bedenkelijk wanneer ingrijpende keuzes zonder emotie tot stand komen."

2. De cognitieve benadering stelt hoge eisen aan de cognitieve vermogens van de betrokkene. Juist mensen met een verstandelijke beperking worden hier dan op afgerekend.
3. Appelbaum en Grisso (1995) zijn van mening dat er door het toepassen van hun criteria twee mogelijke uitkomsten zijn bij een toetsing: iemand is wilsbekwaam ter zake of hij is het niet. In werkelijkheid zijn er echter veel grijsstinten.

Widdershoven en Berghmans (2004) vinden dat alleen kijken door de bril van de cognitieve benadering tekortschiet. Ze illustreren dat aan de hand van situaties uit het leven van mensen met een verstandelijke beperking. Een van die situaties die we om didactische redenen hebben aangepast, wordt hieronder beschreven. In het oorspronkelijke artikel betreft het casus Agnes. Wij hebben die naam veranderd in Mirjam. Daar waar we verder in deze handreiking Widdershoven en Berghmans letterlijk aanhalen, hebben we de naam Agnes vervangen door Mirjam.

Mirjam weegt ruim 150 kilo. Omdat zij hier flinke hinder van ondervindt wil zij graag afvallen. Haar gewicht kan alleen door een maagverkleining onder controle komen. Voordat die ingreep kan plaatsvinden, moet ze echter eerst een regelmatig eetpatroon hebben (drie keer per dag eten en niet tussendoor snoepen). Dat is een voorwaarde om verder te kunnen afvallen na de operatie. Ook mag ze geen eetbuien hebben, omdat dan de maagverkleining kapot kan gaan.

Een psycholoog legt Mirjam uit wat de operatie inhoudt en hoe de voorbereiding eruitziet. Mirjam wil wel gezonder eten, maar overziet de risico's van haar overgewicht onvoldoende. Toch start de psycholoog met een trainingsprogramma om Mirjam een regelmatig eetpatroon aan te leren. Hier blijkt Mirjam zich goed aan te kunnen houden.

Als we de vier cognitieve criteria op de situatie van Mirjam toepassen, voldoet zij al niet aan het tweede criterium aangaande het begrijpen van de informatie en zou het moeilijk vol te houden zijn dat zij wilsbekwaam zou zijn. Maar doen wij haar dan voldoende recht? Mirjam kan de beslissing van de maagverkleining weliswaar niet overzien, maar kan wel de noodzakelijke leefwijze die eraan gekoppeld is, tonen.

Samenvattend kunnen we zeggen dat wilsbekwaamheid alleen gezien door de bril van de cognitieve benadering de werkelijkheid en dus individuele situaties tekort doet. Bovendien zagen we dat belangrijke beslissingen zelden op alleen cognitieve gronden worden genomen. Om meer recht te doen aan individuele situaties beschrijven Widdershoven en Berghmans, naast de cognitieve benadering, daarom een tweede, aanvullende zienswijze.

3.3 DE BENADERING GEBASEERD OP EMOTIES EN PRAKTISCHE RATIONALITEIT

Widdershoven en Bergmans (2004) leggen deze aanvullende benadering op wilsbekwaamheid op p. 175 uit.

“Waar het bij levensbeslissingen (besluiten ten aanzien van relatie, opleiding, baan, woning of kinderen) om gaat is niet het beschikken over theoretische, maar over praktische rationaliteit (Widdershoven, 1987). Relevant is hier praktisch inzicht in wat in de situatie geboden is, en in de eigen mogelijkheden en grenzen. Dit inzicht is geen vorm van know that, maar van know how (Ryle, 1949). Het is in het handelen ingebed en wordt via het handelen verder ontwikkeld. Praktisch inzicht vereist ervaring. Het gaat er daarbij niet primair om dat men de gevolgen van een beslissing overziet, maar dat men deze kan hanteren op basis van eerdere kennismaking met vergelijkbare situaties en oefening van daarbij vereiste handelingswijzen. (...)

Bij keuzen ten aanzien van de zorg gaat het niet zozeer om logisch redeneervermogen, als wel om ervaring, betrokkenheid en engagement. Waar theoretische rationaliteit slechts in beperkte mate aanwezig is, kan toch sprake zijn van praktische rationaliteit.

Mirjam levert hiervan een duidelijk voorbeeld. Ze weet in termen van calorie-inname niet wat gezond eten is. Toch is ze in staat om met het eetprogramma te leren omgaan en zich aan de dieetvoorschriften te houden. Ze beschikt daardoor na verloop van tijd over een zekere know how op het terrein van gezond eten. Bovendien is ze klaarblijkelijk voldoende geëngageerd om het eetprogramma vol te houden. Daarmee geeft ze aan dat gezond eten voor haar in haar leven ook echt iets betekent. Op basis van haar theoretische kennis van het eetprogramma is ze niet in staat een weloverwogen keuze te maken, maar in haar handelen laat ze zien dat ze wel degelijk greep heeft op de situatie. Men zou kunnen beargumenteren dat dit ook relevant is voor de beslissing over de maagverkleining. Al kan Mirjam de feitelijke gevolgen ervan niet precies overzien, in praktisch opzicht past de operatie in haar leefpatroon. Vanuit het gezichtspunt van praktische rationaliteit zou men Mirjam daarom wilsbekwaam kunnen achten om met de maagverkleining in te stemmen.”

In hetzelfde artikel geven de auteurs ook handvatten om een benadering van wilsbekwaamheid vanuit het perspectief van emoties en praktische rationaliteit toe te passen bij een toetsing. Ze vinden dat mensen in verhalen laten zien wat voor hen telt, hoe ze ten opzichte van de wereld staan.

“Het levensverhaal belicht de waarden van een persoon en geeft deze

eenheid. (...) De vraag of iemands keuze betekenisvol is en past in zijn leven kan via het levensverhaal worden beantwoord” (p. 176).

“Naast de emotionele lading van de keuze, die verhelderd kan worden door het levensverhaal, is ook het feitelijk handelen van de persoon relevant. Getuigt dit handelen van greep op de situatie? Een beoordeling van wilsbekwaamheid vereist immers niet alleen dat de persoon zich met de keuze identificeert, maar ook dat hij zijn leven zo weet in te richten dat de keuze erin past. Om dat te beoordelen moet men niet alleen luisteren naar de verhalen van de betrokkene, maar ook kijken naar diens handelingspatroon. Mirjam is klaarblijkelijk in staat haar eetgedrag onder controle te krijgen. Haar handelen getuigt van greep op de situatie. (...) Een benadering van wilsbekwaamheid in termen van emoties en praktische rationaliteit zal zich dus moeten richten op het levensverhaal van de betrokkene enerzijds, en diens handelingsstijl anderzijds. Deze beide aspecten zijn methodisch in kaart te brengen via gesprekken met de persoon en diens naasten en via observaties van het gedrag” (Widdershoven & Berghmans, 2004, p. 177).

Praktische rationaliteit geeft dus enerzijds de kans om, behalve iemands begrip van een situatie, ook andere aspecten die bij een beslissing meespelen mee te wegen bij een toetsing. Daardoor kan iemand meer recht worden gedaan. Anderzijds roept de benadering ook vragen op: moet iemand per se grip op een situatie hebben? En is het toetsen of iemand de gevolgen van een beslissing kan hanteren, door te kijken naar eerdere kennismaking met vergelijkbare situaties, niet een te makkelijke manier om iemand eerder als wilsonbekwaam ter zake te labelen? En wat als iemand een keuze maakt die totaal niet in lijn is met de manier waarop hij tot dan toe heeft gekozen? En in hoeverre kunnen we van mensen met een verstandelijke beperking inzicht in de eigen mogelijkheden en grenzen verwachten? Praktische rationaliteit zien wij uiteindelijk als een bruikbaar, maar tegelijkertijd divers en lastig te operationaliseren – en dus te onderzoeken – concept.

3.4 EEN INTEGRATIEVE BENADERING VAN WILSBEKWAAMHEID

Om de grijstinten en de subjectiviteit die bij wilsbekwaamheid nu eenmaal een rol spelen goed te kunnen beschrijven, vullen de cognitieve benadering en de benadering gebaseerd op emoties en praktische rationaliteit elkaar goed aan. Liégeois doet in een artikel uit 2018 een poging om de verschillende benaderingen van wilsbekwaamheid te integreren in een instrument. Hij komt tot een iets andere indeling in benaderingen dan Widdershoven en Berghmans (2004). Hij onderscheidt:

1. Cognitieve benadering.
2. Benadering vanuit cognities en emoties.
3. Benadering vanuit cognities, emoties en waarden.

Het verschil met Widdershoven en Berghmans is dat laatstgenoemde waarden meenemen in hun tweede benadering en dit niet afzonderlijk benoemen.

Liégeois noemt deze drie benaderingen complementair en komt uit op 10 criteria die hij verwerkt in een instrument waarmee de wilsbekwaamheid van iemand kan worden getoetst. Hoewel hij het instrument ontwikkelde voor toetsingen bij mensen in de ggz, denken wij dat zijn 10 criteria ook goed te gebruiken zijn bij mensen met een verstandelijke beperking. Liégeois hanteert op pp. 32-33 vier ‘ethisch-evaluatieve elementen’ waarin hij deze 10 criteria integreert (Liégeois, 2018):

A. Analyseren van de situatie:

1. Vermogen om relevante informatie te begrijpen (dit criterium komt overeen met het tweede criterium uit de cognitieve benadering);
2. Vermogen om die informatie toe te passen op de eigen situatie (dit criterium komt overeen met het derde criterium uit de cognitieve benadering);
3. Vermogen om inzicht te krijgen in de eigen situatie.
Dit criterium gaat nog een stap verder dan de eerste twee en is ook afhankelijk van het realiteitsbesef van de betrokkene, dat bijvoorbeeld kan worden beïnvloed door de verstandelijke beperking of psychische problematiek.

B. Overwegen van keuzemogelijkheden:

4. Vermogen om keuzemogelijkheden te overwegen (dit criterium komt overeen met het vierde criterium uit de cognitieve benadering).

C. Inschatten van effecten van de keuze:

5. Inschatten van gevolgen voor hemzelf.
Hierbij worden de positieve en negatieve effecten, de bedoelde en de neveneffecten van de keuze met betrekking tot de betrokkene in kaart gebracht.
6. Inschatten van gevolgen voor anderen.
Dit criterium bouwt verder op het vijfde, maar verbreedt het perspectief naar de effecten van de keuze op anderen.

D. Verhelderen van motieven voor de keuze:

7. Motiveren van keuze op invoelbare en begrijpelijk wijze.
De keuze van de betrokkene is niet enkel rationeel gemotiveerd, maar ook emotionele motieven spelen een rol. Dit criterium onderzoeken vraagt om het met gezond verstand toetsen of de motieven begrijpelijk zijn en met empathie nagaan of die motieven ook invoelbaar zijn voor anderen.
8. Vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit.
Er zijn altijd invloeden van binnenuit doordat mensen hun levensgeschiedenis opbouwen en deze hen blijft beïnvloeden. Dit criterium stelt echter dat de invloeden niet van dwingende aard

mogen zijn. Invloeden zijn van dwingende aard wanneer ze ervoor zorgen dat de betrokkene van binnenuit geen andere keuze heeft. Dit kan worden ingegeven door psychische problematiek die de innerlijke vrijheid van de betrokkene beperkt.

9. Vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf.
Er zijn altijd invloeden van buitenaf, omdat mensen beïnvloed worden door anderen en door de maatschappij en cultuur waarin ze leven. Die invloeden mogen echter niet verworden tot een uitwendige dwang die de vrijheid opheft. Invloeden van buitenaf kunnen ook door de betrokkene verinnerlijkt worden tot dwingende invloeden van binnenuit.
10. Motiveren keuze vanuit eigen waarden en doelen.
Mensen maken in hun leven spontaan keuzes vanuit de waarden en doelen die ze zich in hun levensverhaal hebben eigen gemaakt en die belangrijk zijn voor hun identiteit. Maar ze kunnen van mening veranderen en op een bepaald moment kiezen voor andere waarden en doelen. De vraag is dan of deze waarden en doelen gericht zijn op een nieuw toekomstproject en een gewenste toekomstige identiteit van de betrokkene.

Een kanttekening bij deze 10 criteria is dat Liégeois hierin de praktische rationaliteit, zoals Widdershoven en Berghmans die beschrijven, slechts deels heeft opgenomen. Dit, terwijl we in 3.3 zagen dat praktische rationaliteit juist bij mensen met een verstandelijke beperking een waardevolle aanvulling biedt op de cognitieve en emotionele criteria.

Widdershoven en Berghmans noemen bij praktische rationaliteit dat bij het nemen van een ingrijpende beslissing verwacht wordt dat iemand zich met die situatie identificeert en zich met de beslissing engageert. Dit komt bij het instrument van Liégeois bij het zevende en tiende criterium ook aan de orde (motiveren van de keuze op invoelbare en begrijpelijk wijze en het motiveren van de keuze vanuit eigen waarden en doelen). Andere aspecten van praktische rationaliteit die Widdershoven en Berghmans noemen, zouden eerst scherper gedefinieerd moeten worden voordat ze toepasbaar zijn bij een toetsing.

Deel 2.

Expliciet toetsen van de wilsbekwaamheid

4. De expliciete toetsing van de wilsbekwaamheid in praktijk

We zagen in 1.5 al dat het inschatten en vaststellen van de wilsbekwaamheid van een cliënt horen bij het werk van zorgverleners. Begeleiders zijn hiermee, terwijl ze werken, doorlopend bezig. In dit hoofdstuk gaat het over de expliciete toetsing van wilsbekwaamheid door een gedragswetenschapper in gevallen waarbij keuzes waar iemand voor staat verstrekken gevolgen kunnen hebben. Schema 1 in 4.3 laat zien hoe de besluitvorming bij de toetsing van wilsbekwaamheid eruitziet. In 4.6. wordt in schema 2 weergegeven welke stappen er bij een toetsing zijn.

Deze schema's laten echter slechts de te doorlopen stappen in het proces zien en zeggen niets inhoudelijks over een beoordeling. Dat laatste is aan degene die de toetsing doet. Uiteindelijk is het oordeel over wilsbekwaamheid een normatief oordeel; in hoeverre acht de zorgverlener de getoonde beslisvaardigheden van een cliënt goed genoeg voor deze specifieke situatie. Omdat elke betrokkene en elke situatie anders is, zijn er nauwelijks tips te geven voor het geven van dit oordeel. Omdat, behalve de twee schema's verderop in dit hoofdstuk, het houvast voor een toetser beperkt is, vraagt dit om praktische wijsheid; wat is hier en nu het goede om te doen? Het gaat daarbij niet om weten of kunnen, maar afwegen (Beurskens, Van der Linde, & Baart, 2019). Bij praktische wijsheid, een concept dat afkomstig is uit de [presentiebenadering](#), wordt juist omarmd dat zorgverleners zich 'bemoeien' met het uitspreken van morele oordelen over een cliënt 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 betrokkene 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? Als jouw waarneming wordt afgesneden, omdat je alleen op bepaalde elementen let, dan zie je onvoldoende het geheel. Toetsen van wilsbekwaamheid is niet het invullen van een afvinklijst. Het is een vaardigheid, iets wat je moet leren door het vaker te doen en waar je je, ook door super- en intervisie, verder in kunt bekwalen.

4.1 WANNEER KAN EEN EXPLICIETE TOETSING VAN WILSBEKWAAMHEID WORDEN OVERWOGEN

In de volgende situaties kan worden gedacht aan een expliciete toetsing (deze opsomming is niet uitputtend):

- a. Medische beslissingen van ingrijpende aard, zoals:
 - medische behandeling door een arts of tandarts;
 - beslissing over orgaandonatie;
 - bepaalde beslissingen over cosmetische operaties;
 - beslissingen met betrekking tot het levenseinde.
- b. Kinderwens en anticonceptie;
- c. Verblijf binnen een instelling/het aangaan van de zorgrelatie of de beëindiging daarvan;
- d. Instemming met (een deel van) het ondersteuningsplan;
- e. Cliëntenrechten, zoals wensen ten aanzien van privacy;
- f. (Grote) Bestedingen van eigen geld;
- g. Daar waar de wilsbekwaamheid ter discussie staat, bijvoorbeeld omdat een cliënt of vertegenwoordiger een andere inschatting ervan maakt dan de zorgverlener;

- h. Toepassing van dwangbehandeling op grond van de WGB0.

- Op grond van deze wet kan alleen dwang worden toegepast als de cliënt wilsonbekwaam ter zake is (en de vertegenwoordiger hiervoor toestemming geeft);
- i. Beslissingen over onvrijwillige zorg op basis van de Wet zorg en dwang ([zie box Wzd in 4.3](#)). Het gaat dan om zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt en zorg waarmee de vertegenwoordiger heeft ingestemd, maar waartegen de cliënt zich verzet.

4.2 WIE DOET EEN EXPLICIETE TOETSING WILSBEKWAAMHEID

De toetsing van de wilsbekwaamheid kan worden gedaan door een gedragswetenschapper of arts. Bij medische beslissingen is het vaak de behandelend arts die én de informatie aan de patiënt/cliënt geeft én de toetsing doet. Bij niet-medische handelingen doet een gedragswetenschapper de beoordeling. Hoewel het voor de hand ligt om deze toetsing te laten doen door de gedragswetenschapper die betrokken is bij een cliënt, zijn er goede redenen om hier niet bij voorbaat voor te kiezen. De volgende argumenten kunnen meespelen bij deze afweging:

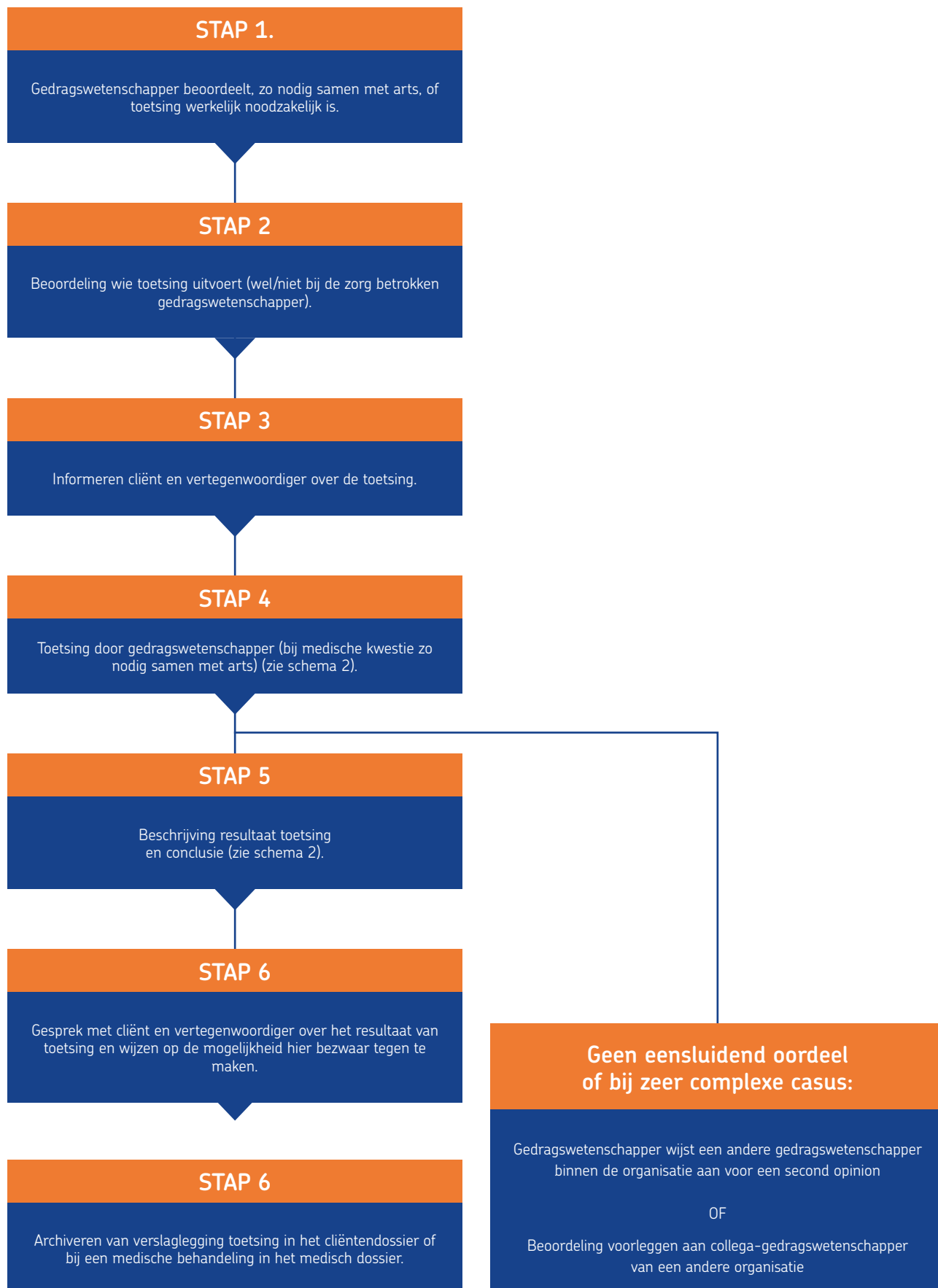
1. Onafhankelijkheid. Het kan (ook juridisch) van belang zijn dat de toetsing door een onafhankelijk persoon wordt gedaan.
2. Objectiviteit. Een bij de cliënt betrokken gedragswetenschapper staat dichterbij, wat het lastiger kan maken om tot een objectieve beoordeling te komen.
3. Kennis van de cliënt. De andere kant van dezelfde medaille is dat een bij de zorg betrokken gedragswetenschapper de cliënt vaak beter kent, wat inhoudelijk ook een voordeel kan zijn.
4. Invloed op de behandelrelatie. De uitkomst van een toetsing, zeker als de cliënt het hier niet mee eens is, kan de behandelrelatie tussen cliënt en gedragswetenschapper schaden.
5. Efficiëntie. Als een bij de zorg betrokken gedragswetenschapper een toetsing doet, zal dit vaak minder tijd kosten omdat hij de cliënt al kent. Ook reistijd kan een overweging zijn.

Het is aan de zorgverlener om zorgvuldig af te wegen welke argumenten het zwaarst wegen. Bij twijfel verdient het aanbeveling om de toetsing te laten doen door een niet bij de cliënt betrokken collega-gedragswetenschapper. Natuurlijk kan de eigen gedragswetenschapper dan wel informatie aanleveren voor de toetsing. Een toetsing van wilsbekwaamheid in het kader van de Wzd, mag alleen gedaan worden door een niet bij de zorg betrokken deskundige, [zie Box Wzd in 4.3](#). Als het gaat om een medische kwestie kan de gedragswetenschapper een arts inschakelen om (een deel van) de toetsing te doen.

4.3 PROCES VAN BESLUITVORMING BIJ TOETSING WILSBEKWAAMHEID

Schema 1 laat zien wat de stappen in de besluitvorming zijn. Allereerst beoordeelt de toetser of een toetsing van de wilsbekwaamheid werkelijk noodzakelijk is (stap 1 in het schema). Onderstaande vragen kunnen bij de afweging behulpzaam zijn. Ze gaan over omstandigheden die bij de beoordeling een rol kunnen spelen:

Schema 1. Proces van besluitvorming bij toetsing wilsbekwaamheid



- Wat is het uiteindelijke doel van een beoordeling? Hierbij kan de als-dan-redenering behulpzaam zijn (Als we weten dat de cliënt wils(on)bekwaam is, dan). Als er geen toegevoegde waarde is, is een toetsing niet nodig.
- Zijn er gerede twijfels over de wilsbekwaamheid van de cliënt?
- Gaat het om een keuze met ingrijpende gevolgen?
- Speelt de beslissing op dit moment?
- Wegen de voordelen van een toetsing op tegen de nadelen (denk ook aan de impact van de toetsing en de uitkomst ervan op een cliënt)?
- Is er onder vergelijkbare omstandigheden eerder een toetsing gedaan?
- Kan een toetsing op dit moment goed worden uitgevoerd?

Als het gaat om een levensbedreigende situatie waarbij de wilsbekwaamheid ter zake niet kan worden vastgesteld (bijvoorbeeld omdat hiervoor geen tijd is of de cliënt zijn wil niet kan uiten), dan moet acuut kunnen worden gehandeld. De behandelend arts gebruikt in dat geval de WGBO als juridisch kader.

Wilsbekwaamheid toetsen in het kader van de Wet zorg en dwang²

De Wet zorg en dwang (Wzd) regelt de rechten van cliënten die onvrijwillige zorg krijgen. Uitgangspunt van deze wet is: 'Nee, tenzij...'. Dat betekent dat het streven van de zorgverlener altijd moet zijn dat de cliënt instemt met de zorg die de zorgverlener als noodzakelijk ziet. Elke cliënt van 16 jaar of ouder mag die keuze zelfstandig maken, op voorwaarde dat hij voor die beslissing wilsbekwaam is.

Als daarover twijfel is, geeft de Wzd aan dat wilsonbekwaamheid ter zake van onvrijwillige zorg moet worden vastgesteld door een deskundige die niet bij de zorg betrokken is. Na een of meerdere gesprekken met de cliënt overlegt degene die de toetsing doet met de vertegenwoordiger van de cliënt voordat hij een beslissing hierover neemt. Dat overleg moet gericht zijn op overeenstemming. De Wzd bepaalt dat als er geen overeenstemming wordt bereikt tussen de deskundige en de vertegenwoordiger, de behandelend arts (en niet de toetser) uiteindelijk de beslissing neemt.

4.4 WIE KAN VRAGEN OM EEN TOETSING WILSBEKWAAMHEID

In de eerste plaats kan een zorgverlener zelf een aanvraag doen om de wilsbekwaamheid te toetsen. Ook de cliënt zelf (als hij 12 jaar of ouder is), zijn (wettelijk) vertegenwoordiger en anderen die bij de zorg voor de cliënt zijn betrokken en beslissingen over hem nemen, kunnen dit doen.

Als het verzoek niet afkomstig is van de cliënt zelf, wordt deze hierover geïnformeerd. Ook wordt verteld wat de stappen zijn in het beoordelingsproces, zoals in schema 1 in 4.3 is beschreven. De (wettelijk) vertegenwoordiger wordt, als een ander dan deze het verzoek heeft gedaan, ook geïnformeerd (mocht de cliënt hiertegen

² Onderdelen van de Wzd worden mogelijk nog aangepast door reparatiewetgeving.

bezwaar maken dan beslist de toetser hoe te handelen in deze). De cliënt wordt gewezen op de mogelijkheid zich gedurende de procedure te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon.

Als een vertegenwoordiger niet wil dat de wilsbekwaamheid van een cliënt wordt getoetst (bijvoorbeeld als de vertegenwoordiger denkt dat een toetsing te belastend is voor de cliënt), beoordeelt een niet bij de cliënt betrokken gedragswetenschapper of de vertegenwoordiger voldoende rekening houdt met de persoonlijke opvattingen en belangen van de cliënt. Deze gedragswetenschapper spreekt hiervoor ook met de vertegenwoordiger. Als de conclusie is dat deze onvoldoende rekening houdt met het belang van de cliënt, kan de organisatie het standpunt van de vertegenwoordiger naast zich neerleggen en toch tot beoordeling overgaan.

4.5 EEN INSTRUMENT VOOR DE TOETSING VAN WILSBEKWAAMHEID BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Er zijn nog niet veel instrumenten waarmee de wilsbekwaamheid kan worden getoetst. Wel zijn er voor het toetsen van de wilsbekwaamheid bij medische kwesties twee wetenschappelijk onderbouwde instrumenten. De MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) kan worden gebruikt voor de toetsing van wilsbekwaamheid bij medische beslissingen. De MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR) is ontwikkeld voor toetsing van wilsbekwaamheid voor het meedoen aan medisch-wetenschappelijk onderzoek. Beide instrumenten zijn in het Nederlands vertaald en bewerkt voor gebruik bij kinderen (Hein & Hondius, 2018).

Omdat wij kiezen voor een brede definitie van wilsbekwaamheid én de MacCAT zich met name richt op toetsing van wilsbekwaamheid bij medische beslissingen, kiezen wij voor het toetsingsinstrument op basis van de 10 criteria van Liégeois. Zo komen we uit op de volgende vijf ethisch-evaluatieve elementen met bijbehorende criteria:

A. Analyseren van de situatie:

1. Vermogen om relevante informatie te begrijpen.
2. Vermogen om die informatie toe te passen op de eigen situatie.
3. Vermogen om inzicht te krijgen in de eigen situatie.

B. Overwegen van keuzemogelijkheden:

4. Vermogen om keuzemogelijkheden te overwegen.

C. Inschatten van effecten van de keuze:

5. Inschatten van gevolgen voor hemzelf.
6. Inschatten van gevolgen voor anderen.

D. Verhelderen van motieven voor de keuze:

7. Motiveren van keuze op invoelbare en begrijpelijk wijze.
8. Vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit.
9. Vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf.
10. Motiveren keuze vanuit eigen waarden en doelen.

Het scoren van de criteria noemt Liégeois de *analytische fase*. Net als Liégeois kiezen wij er niet voor om te komen tot een score in cijfers waarbij een minimale score moet worden behaald om wilsbekwaam te worden geacht. De criteria worden met 'pluses en minnetjes' op een zespuntsschaal gewaardeerd (- - - / - / + / + + / + + +) en kent dus geen nulpunt. Bij elk criterium moet een positie worden ingenomen. Bij de score '- - -' voldoet de betrokkene op geen enkele

manier aan het criterium, bij '+' juist in alle opzichten. Zo ontstaat een beeld dat door de toetser moet worden geïnterpreteerd. Als op een criterium negatief wordt gescoord, wordt de zorgverlener uitgedaagd om na te gaan hoe deze score kan worden omgebogen naar een positieve(re), zodat de beslissingsbekwaamheid van de betrokkene wordt versterkt.

Na de analytische fase volgt de *synthetische fase*. Liégeois wil de weging van de verschillende criteria en de scores daarop laten afhangen van de situatie. Ook hij zegt dat hoe ingrijpender de beslissing is, des te hoger de eisen zijn die moeten worden gesteld aan de wilsbekwaamheid. Hij stelt voor om alle betrokkenen (cliënt, vertegenwoordiger en zorgverlener) afzonderlijk de 10 criteria te laten scoren.

Wij denken dat het aan de toetser is om te beoordelen of het deze extra tijdsinvestering waard is. Dat kan mede afhangen van hoe ingrijpend de beslissing in kwestie is. Daarnaast zal het zelf scoren voor veel mensen met een verstandelijke beperking niet mogelijk zijn.

4.6 DE FEITELIJKE TOETSING DOOR EEN GEDRAGSWETENSCHAPPER

Een belangrijk gegeven is dat wilsbekwaamheid gradueel is. Het is geen zwart-witconcept waarbij iemand volledig wilsbekwaam of juist volledig wilsonbekwaam is. De toetsing gaat echter wel uit van een drempel die aanduidt of iemand uiteindelijk wel of niet in staat is om een bepaalde beslissing te nemen. Het instellen van een drempel is nodig. Zo kan bij de vraag of iemand wilsbekwaam is ter zake van een kindervens, niet besloten worden om – als diegene gedeeltelijk wilsbekwaam ter zake is – gedeeltelijk kinderen te laten krijgen. Omdat elke situatie anders is, is het aan de toetser om te bepalen welke drempel hij instelt. De drempel wordt in ieder geval hoger naarmate de keuze waar de betrokkene voor staat ingrijpender is. Gezien het gewicht van dit oordeel is zorgvuldigheid bij een toetsing zeer belangrijk. De toetser dient in de verslaglegging transparant te zijn in zijn overwegingen en keuzes in het proces, zodat deze ook voor anderen te volgen zijn.

Zoals we al zagen, is het toetsen van wilsbekwaamheid altijd een momentopname. Daarom is het van belang om hierin mee te nemen hoe de psychische en cognitieve gesteldheid van de betrokkene op het moment van de toetsing is. Zo kan er, naast structurele beperkingen, bijvoorbeeld sprake zijn van een tijdelijk psychiatrisch of neurologisch beeld dat bovengenoemde vermogens aantast. Als dit aan de orde is, kan er overwogen worden om een (nieuwe) toetsing te doen op een moment dat de cliënt hier minder of geen last van heeft.

In schema 2 wordt weergegeven hoe de feitelijke toetsing verloopt (stap 4 uit schema 1).

Schema 2. De feitelijke toetsing door de gedragswetenschapper.



Toelichting bij de stappen

Stap 0. Informatie verstrekken.

Belangrijk is dat het geven van de informatie aan de cliënt over het betreffende onderwerp (stap 1 in schema 2) eerder plaatsvindt dan het toetsingsgesprek met de betrokkene. Dit is om deze voldoende tijd te geven om de informatie te verwerken en hier nog vragen over te kunnen stellen. In beide gesprekken is het 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 de tijd nemen (De Wit, Moonen, & Douma, 2011). Ook heeft het visualiseren van informatie vaak een toegevoegde waarde.

Stap 1. Waar richt de toetsing zich op.

Omschrijf hierbij zo precies mogelijk op welke kwestie de toetsing betrekking heeft.

Stap 2. Globaal beeld van de betrokkene.

- Verkrijg informatie waardoor er een globaal beeld ontstaat van de cliënt (levensverhaal, persoonsbeeld, handelingswijzen).
- Geef aan welke (cognitieve) beperkingen er zijn die de wilsbekwaamheid (mogelijk) beïnvloeden en of er bijkomende beperkingen zijn, zoals een psychiatrisch of neurologisch beeld of effecten van medicatiegebruik.
- Vermeld welke hulpmiddelen/aanpassingen zijn gebruikt om deze beperkingen te compenseren.

Bij stap 2 kan het raadzaam zijn om betrokkenen om informatie te vragen (bv. verwanten, persoonlijk begeleider of aan de cliënt verbonden gedragswetenschapper).

Stap 3. Gesprekken met betrokkene en zo nodig anderen..

- Neem (zo nodig ruim) de tijd om contact te maken met de betrokkene.
- Vraag of leg uit wat het doel van het gesprek is en zo nodig hoe het vervolg eruit zal zien.
- Plan zo nodig een tweede (of derde) gesprek. Vaak zullen meerdere kortere gesprekken meer opleveren dan een lang gesprek.
- Hou een lijstje met de 10 criteria bij de hand. Het kan helpen zijn om al tijdens de voorbereiding mogelijke vragen te bedenken en op te schrijven.
- Geef het beloop van het gesprek (of gesprekken) met de betrokkene weer, toegespitst op de in 4.5 uitgewerkte criteria. Betrek de cliënt waar mogelijk bij de waardering ervan. Noteer hier ook als er signalen in het gesprek waren die erop kunnen wijzen dat de beslisvaardigheid was verminderd.
- Geef het beloop van het gesprek (of gesprekken) weer met eventuele andere betrokkenen (vertegenwoordiger(s), zorgverlener(s), zo nodig anderen die voor de beoordeling relevante informatie kunnen geven). Gebruik ook hierbij de in 4.5 genoemde criteria als leidraad.
- Om meer zicht te krijgen op aspecten van praktische rationaliteit kan, behalve voor gesprekken, worden gekozen om eigen gedragsobservaties of die van anderen te gebruiken.
- Het gebeurt niet zelden dat de betrokkene tijdens of door een toetsingsgesprek nieuwe inzichten ontwikkelt.

Stap 4. Scoren toetsingscriteria.

Scoor alle criteria op de zespuntsschaal die loopt van - - tot + +.

Stap 5. Verslag en conclusie.

Vat de waardering op de criteria samen, beschrijf de (voorlopige) conclusie en onderbouw deze. In deze conclusie komt naar voren in hoeverre iemand wilsbekwaam is ter zake van de beslissing én wat dit

uiteindelijk betekent voor het oordeel van de toetsers over of iemand in staat is de beslissing te nemen. Houd rekening met de valkuilen, zie 4.7.

Er zijn drie mogelijke uitkomsten:

- a. In staat tot het nemen van de beslissing;
- b. 'Deels in staat' of 'twijfel'
- c. Niet in staat tot het nemen van de beslissing.

Stap 6. Vervolgstappen.

Een conclusie over iemands wilsbekwaamheid ter zake is niet alleen het eindpunt van een toetsingstraject, maar tegelijkertijd een begin van een vervolgtraject. Voor invulling van dit vervolgtraject kunnen de volgende vragen worden gesteld:

- a. Wat kan er worden gedaan om de beslisvaardigheid van de cliënt te verbeteren (bijvoorbeeld opnieuw geven van informatie, gebruik van (meer) ondersteunende communicatiemiddelen, ondersteuning door zorgverlener of vertegenwoordiger).
- b. Is uitstel van de beslissing mogelijk? Geef de voor- en nadelen daarvan aan.
- c. Is het wenselijk om een nieuwe toetsing te doen? Zo ja, op welke termijn? Onderbouw waarom (niet).

De stappen 1 tot en met 6 kunnen worden gebruikt als kapstok bij het schrijven van het verslag van de toetsing. Op elk moment in het proces kan het raadzaam zijn om een collega mee te laten kijken in de (vaak lastige) beslissingen die moeten worden genomen.

4.7 VALKUILEN BIJ DE TOETSING VAN WILSBEKWAAMHEID

Ook als de hiervoor beschreven stappen zorgvuldig worden genomen, zijn er nog valkuilen waarvan een toetsers zich bewust zou moeten zijn. Onderstaande valkuilen zijn afgeleid uit een document bedoeld voor de psychogeriatrische praktijk (NVVA, 2008), maar ze zijn net zo relevant in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

A. 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 wilsbekwaam worden gehouden.

B. Attributiefouten

De zorgverlener die de keuze van de cliënt geheel en al toeschrijft aan diens persoonlijke eigenschappen en vergeet te letten op de invloed van externe factoren begaat een attributiefout. Attributiefouten zijn ook te herkennen in het vooroordeel dat bij medische behandelbeslissingen kan optreden. Bijvoorbeeld: de cliënt die een aanbevolen behandeling weigert, wordt verdacht van incompetentie, maar als diezelfde cliënt met de behandeling instemt, worden over diens competentie geen vragen gesteld.

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."

C. 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.

D. Stigmatisering

Stigmatisering is een andere valkuil. 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.

E. Andere vooroordelen

Andere vooroordelen, zoals te veel empathie van de toetser voor de cliënt, hebben een omgekeerd effect: ze veronderstellen te gemakkelijk wilsbekwaamheid ter zake waar deze mogelijk juist tekortschiet.

5. Voorbeeldcasus expliciete toetsing wilsbekwaamheid

Onderstaande voorbeeldcasus is gebaseerd op een deels fictieve casus. De beschrijving is bedoeld om te laten zien hoe een toetsing aan de hand van schema 2 kan verlopen. De voorbeeldcasus is nadrukkelijk niet bedoeld als het perfecte voorbeeld. Het nieuwe toetsingsinstrument dat we in deze handreiking omschrijven heeft zich in de praktijk nog niet bewezen en daarom nodigen wij u als lezer uit om uw ervaringen, ook ten aanzien van deze voorbeeldcasus, met ons te delen.

5.1 BESCHRIJVING VAN DE UITGANGSSITUATIE

Dunya woont in een appartement in een woonlocatie, samen met andere mensen met een lichte verstandelijke beperking. Hoewel ze veel heeft meegemaakt, is Dunya relatief tevreden met haar leven. Bij haar pleegmoeder, tevens haar mentor, en het team dat haar ondersteunt, zijn echter groeiende zorgen over haar gezondheid door haar overgewicht.

Vele pogingen om Dunya te doordringen van de gevaren van overgewicht en om af te vallen zijn mislukt. Steeds begint ze vol goede moed, maar al snel valt Dunya terug in haar oude gedrag. Inmiddels weegt ze 132 kilo en is haar BMI 46. Lopen gaat zeer moeizaam, ze heeft regelmatig ernstige maag- en darmklachten die gerelateerd zijn aan het overgewicht en volgens de artsen heeft zij een sterk verhoogde kans op diabetes, hart- en vaatziekten en nog grotere mobiliteitsproblemen, ook als gevolg van haar overgewicht. Volgens hen is het overgewicht het gevolg van haar leefstijl. Ze snoept veel, drinkt per dag zo'n twee grote flessen suikerhoudende frisdrank en beweegt alleen als dat noodzakelijk is. Afvallen is noodzakelijk om haar gezondheid te verbeteren en haar gezondheidsproblemen te verminderen.

5.2 AFWEGINGEN VOOR DE TOETSING

In overleg met haar pleegmoeder, het team en de bij de zorg voor Dunya betrokken gedragswetenschapper wordt gekozen voor een expliciete toetsing bij Dunya ter zake van het overzien van de gevolgen van haar leefstijl. De belangrijkste reden hiervoor is om zo te kunnen beoordelen of Dunya zelf keuzes op dit punt kan maken of dat de mentor dit over moet nemen. Verder kan een toetsing meer zicht geven op de logica en achterliggende motieven van Dunya ten aanzien van haar leefstijl. Dit kan aanknopingspunten geven voor de manier waarop zij beter kan worden geïnformeerd en behandeld. Hoewel het hier gaat om een medisch risico, is de inschatting dat een gedragsdeskundige de best toegeruste functionaris is om de toetsing te doen. Dit wordt vooral ingegeven door de communicatieve vaardigheden die noodzakelijk zijn in het gesprek met Dunya, de duidelijke gedragscomponent die aanwezig is en de tijd die beschikbaar is. Daarnaast is een doel van de toetsing om meer te weten te komen over achterliggende motieven van Dunya ten aanzien van haar leefstijl. Daarom wordt er niet voor de MacCat (zie 4.5), maar voor een open interview met Dunya gekozen.

Om te voorkomen dat de behandelrelatie tussen Dunya en haar gedragsdeskundige vertroebelt door het resultaat van de toetsing, is hiervoor een niet bij de zorg betrokken collega-gedragswetenschapper gevraagd.

5.3 DE STAPPEN BIJ DE TOETSING

Bij de beschrijving van de toetsing volgen we de stappen zoals deze worden weergegeven in 4.6.

Stap 0. Informatie verstrekken.

Voorafgaand aan de toetsing legt Dunya's diëtiste aan Dunya opnieuw uit wat de gevolgen van overgewicht kunnen zijn voor haar gezondheid. Daarnaast informeert haar persoonlijk begeleider Dunya en haar pleegmoeder over de inhoud en het verloop van de toetsing en vraagt om toestemming voor de toetsing. Beiden gaan hiermee akkoord.

Stap 1. Doel van de toetsing.

Toetsen of Dunya een vrije en overwogen keuze kan maken aangaande haar leefstijl (eten, drinken en bewegen).

Stap 2. Vormen van een globaal beeld van de betrokkene.

Voorafgaand aan de kennismaking met Dunya leest de niet bij de zorg betrokken gedragswetenschapper die de toetsing uitvoert (hierna de gedragswetenschapper) het ondersteuningsplan (levensverhaal, persoonsbeeld, diagnostische gegevens) van Dunya en heeft ze een gesprek met haar persoonlijk begeleider en pleegmoeder. In dit gesprek komt ook aan de orde welke mogelijkheden en beperkingen Dunya heeft, wat voor haar belangrijke waarden in het leven zijn en hoe zij communicatief functioneert (met het oog op het gesprek met haar).

Stap 3. Voeren van gesprek(ken) met de betrokkene.

Uiteindelijk voeren Dunya en de gedragswetenschapper twee gesprekken. De gedragswetenschapper begint met uit te leggen hoe de toetsingsprocedure eruit zal zien. Daarna vraagt ze of Dunya akkoord gaat met het maken van een geluidsopname van het gesprek. Zo kan de gedragswetenschapper zich zo goed mogelijk richten op de inhoud van het gesprek. Voordat ze in het eerste gesprek toekomen aan het praten over de toetsingsvraag, vertelt Dunya over hoe haar leven tot nu toe was en hoe zij de toekomst ziet. Dit geeft de gedragswetenschapper veel informatie over wie Dunya is en wat haar logica, verlangens en angsten zijn.

Als het eenmaal gaat over de leefstijl van Dunya, gebruikt de gedragswetenschapper een briefje met de 10 te toetsen criteria als leidraad voor het gesprek. Ze gebruikt zo veel mogelijk de principes van luisteren, samenvatten en doorvragen en probeert het stellen van suggestieve vragen te vermijden.

Zoals haar pleegmoeder en persoonlijk begeleider al aan hadden gegeven, blijkt Dunya open vragen meestal goed te kunnen beantwoorden. Omdat bij stap 2 bleek dat Dunya haar auditieve geheugen zwak is, worden vragen wel visueel ondersteund. Vragen die eruit springen omdat ze veel informatie geven over de denkwereld van Dunya, zijn:

- Wat is volgens jou overgewicht? Zie jij nadelen aan overgewicht?
- Wat zijn voor jou voordelen van hoe je nu eet en drinkt? Zie je ook nadelen? Welke dan?
- Wat zou voor jou een reden zijn om wél af te vallen?
- Eten en drinken lijken voor jou belangrijk te zijn. Klopt dat? Hoe komt dat dan?
- Je vertelt dat je vaak last hebt van je buik. Heb je een idee hoe dat komt?

- Als je jezelf in de spiegel ziet, wat denk je dan?

Na de gesprekken werkt de gedragswetenschapper deze uit. Met name in het verslag van de gesprekken met Dunya gebruikt ze veel citaten om zo dicht mogelijk bij de taal en belevingswereld van Dunya te blijven (zie ook stap 4).

Stap 4. Scoren toetsingscriteria.

VIER ETHISCH-EVALUATIEVE ELEMENTEN EN 10 TOETSINGSCriteria	SCORE
A. Analyseren van de situatie:	
<i>1. Betrokkene begrijpt de relevante informatie.</i> Dunya kan in algemene zin uitleggen wat overgewicht is, waar je dit van kunt krijgen en ze kan benoemen dat je dan last kunt krijgen van "je rug, je nek en je botten. Dan kun je niet goed meer op je benen lopen." Ze weet dat je er ook nog andere ziektes van kunt krijgen, maar kan niet benoemen welke. Op de vraag wanneer er sprake is van overgewicht antwoordt Dunya: "Als je echt niet meer op je benen kunt staan." Afweging: Dunya benoemt een deel van de relevante informatie correct. Een ander deel benoemt ze gedeeltelijk of incorrect.	+
<i>2. Betrokkene betreft die informatie op de eigen situatie.</i> Op de vraag of er bij Dunya sprake is van overgewicht zegt ze dat ze "net voor het randje van obesitas zit. Ik ben nog niet echt dik." Ze vindt zichzelf 'wat dikker' en denkt dat dat komt doordat ze 'aardig wat' eet en snoept. Dunya denkt dat zij wel klachten zou kunnen krijgen die worden gekoppeld aan overgewicht, maar pas als ze ouder is ("Oude mensen kunnen niet meer lopen, ik ben gelukkig nog jong."). Afweging: Dunya ziet bij zichzelf het verband tussen 'wat dikker' zijn en haar eetpatroon. Omdat Dunya's definitie van overgewicht niet klopt (zie criterium 1), schat ze niet goed in of er bij haarzelf sprake is van overgewicht. Ze is sterk van mening dat zij gekende risico's van overgewicht niet loopt doordat ze nog relatief jong is.	---
<i>3. De betrokkene heeft inzicht in de eigen situatie</i> Dunya's lichaamsbeeld is niet adequaat als zij zichzelf beschrijft als 'wat dikker'. De buik- en darmklachten waar ze regelmatig last van heeft, hebben hier volgens haar niets mee te maken ("Die heb ik altijd al gehad."). Wel vertelt ze dat ze veel last heeft van haar zware borsten (dit blijkt de eerste keer te zijn dat ze dit deelt). Ze denkt dat dat komt doordat ze 'iets dikker' is. Dunya vertelt dat ze weet dat ze soms te veel snoept, vooral als ze zich niet goed voelt. Ze is bang dat als ze niet meer kan snoepen, ze zich in deze situaties nog slechter zal voelen. Afweging: Dunya's lichaamsbeeld is niet adequaat. Ze legt zeer beperkt het verband tussen haar gewicht en de lichamelijke klachten die zij ervaart (behalve op het punt van de zware borsten). Ze ervaart een prettig effect van snoepen op haar gemoedstoestand.	--
B. Overwegen van keuzemogelijkheden:	
<i>4. De betrokkene kan de keuzemogelijkheden overwegen.</i> Afweging: Dunya begrijpt dat er grofweg twee keuzemogelijkheden zijn aangaande haar levensstijl. Doordat ze niet vindt dat ze overgewicht heeft (en daardoor bestaande lichamelijke klachten niet daaraan koppelt), ziet ze op dit moment echter geen reden om haar levensstijl te veranderen: "Lijnen en meer bewegen ga ik pas weer doen als ik dikker en ouder ben."	-
C. Inschatten van effecten van de keuze:	
<i>5. Betrokkene kan gevolgen van de keuze voor zichzelf inschatten.</i> Zoals bij de criteria 2, 3 en 4 bleek, ziet Dunya nauwelijks negatieve effecten van haar levensstijl op haar lichamelijke gezondheid, nu en in de toekomst. Ze ervaart als positief effect dat ze zich beter voelt als ze heeft gesnoept.	--
<i>6. Betrokkene kan de gevolgen van de keuze voor anderen inschatten.</i> Dunya benoemt dat ze weet dat haar pleegmoeder verdriet heeft van het gewicht van Dunya: "Daar lig ik dan soms wakker van, als ze dat weer vertelt. Maar ja, ze is zelf ook niet de dunste." Voor begeleiders en de diëtiste vindt ze het jammer dat afvallen niet lukt, omdat die er veel tijd insteken.	++
D. Verhelderen van motieven voor de keuze:	
<i>7. Betrokkene motiveert zijn keuze op invoelbare en begrijpelijk wijze.</i> Het is invoelbaar gezien haar nare verleden dat Dunya het belangrijk vindt om zich psychisch prettig te voelen (en snoepen helpt haar daarbij, al is het maar voor even). Daarnaast is het invoelbaar dat bewegen met haar gewicht onprettig of zelfs pijnlijk is, zoals ze vertelt. Als laatste noemt Dunya de vele faalervaringen met afvallen.	++

8. De keuze van betrokkene is vrij van dwingende invloeden van binnenuit. Omdat haar lichaam is ingesteld op en vraagt om veel en zoet eten en drinken, kan worden voorondersteld dat hier een licht dwingende invloed van uit kan gaan.	-
9. De keuze van betrokkene is vrij van dwingende invloeden van buitenaf. Deze worden door betrokkenen en toetsers niet waargenomen.	+++
10. Betrokkene kan zijn keuze motiveren vanuit eigen waarden en doelen. Dunya motiveert de keuze voor haar levensstijl door te zeggen dat ze zich prettig voelt door te eten en dat bewegen voor haar onprettig is. Ze benoemt, ook wanneer ze ernaar wordt gevraagd, nauwelijks meer op de lange termijn gerichte waarden en doelen. Toch zegt ze, in een onopvallende bijzin, dat ze soms wilde dat ze 70 kilo woog. Ze denkt dat ze zich dan misschien beter zou voelen en dat ze dan "misschien wel een vriendje en een relatie zou kunnen krijgen." Afweging: Dunya's keuze lijkt vooral ingegeven door motieven die gekoppeld zijn aan de korte termijn. Toch noemt ze ook een verlangen voor de langere termijn; het hebben van een relatie. Hiermee zet ze echter juist vraagtekens bij de leefstijlkeuze die ze op dit moment maakt.	---

Stap 5. Verslag en conclusie.

Dunya kiest ervoor om haar leefstijl te handhaven, hoewel ze ook enkele voordelen ziet van lichter zijn. Cognitief kan ze in algemene zin omschrijven wat overgewicht is, waar dit door komt en welke klachten eruit kunnen voortkomen. Toepassen van deze algemene informatie op haar eigen situatie lukt maar zeer ten dele. Belangrijk is dat ze zichzelf niet ziet als iemand met overgewicht. Daardoor koppelt ze, met uitzondering van haar zware borsten, klachten die ze nu al ervaart niet aan haar gewicht. Ook in de toekomst schat zij daardoor risico's die zij loopt minder zwaar in dan de artsen dat doen. Dit maakt dat het voor Dunya onmogelijk is om de verschillende keuzemogelijkheden goed te kunnen overwegen; omdat het overgewicht en de risico's door haar als niet al te ernstig worden beoordeeld, voelt ze onvoldoende noodzaak om haar leefstijl te veranderen. Deze keuze is, door haar belaste verleden en de vele faalervaringen met afvallen, invoelbaar. Ze baseert haar keuze met name op kortetermijneffecten. Toch spreekt ze ook over een verlangen om 70 kilo te wegen, omdat ze dan een grotere kans zou hebben om een relatie te krijgen.

De conclusie is dat Dunya wilsonbekwaam is ter zake van het overzien van de gevolgen van haar leefstijl op haar gezondheid. Met name het toepassen van algemene informatie hierover op haar eigen situatie schiet tekort, waardoor ze niet goed in staat is om de keuzemogelijkheden goed af te wegen.

Stap 6. Vervolgstappen.

Dat Dunya volgens de toetsers wilsonbekwaam wordt geacht op dit punt, betekent dat haar pleegmoeder die ook mentor is voor haar mag

beslissen. Toch is de medewerking van Dunya uiteraard noodzakelijk, zie stap 7.

Het toetsingsverslag en de verslagen van de bespreking worden opgeslagen in het elektronisch cliëntendossier van Dunya.

Stap 7. Informeren van betrokkenen.

Het team en de gedragswetenschapper bespreken het toetsingsverslag met Dunya en haar pleegmoeder. Tijdens dit gesprek blijkt Dunya na de toetsing verder nagedacht te hebben. Ze zou graag een borstverkleining willen en heeft al op internet opgezocht dat ze daarvoor eerst flink moet afvallen. Dit biedt een nieuwe opening om met Dunya het gesprek aan te gaan over een aanpassing van haar leefstijl. Dunya zegt dat ze voor het eerst het gevoel heeft dat afvallen haar iets positiefs kan opleveren in plaats van dat er iets van haar wordt afgepakt. Dit leidt vervolgens tot een andere afweging bij de toetsing en Dunya stemt in met een afvalprogramma. Binnen dit programma wordt ook gewerkt aan verdere verbetering van de wilsbekwaamheid van Dunya.

Dunya gaat, zoals ze altijd deed, vol goede moed aan de slag. Ook nu komen er momenten waarop haar motivatie afneemt. Wat helpt is dat ze inmiddels heeft geleerd om juist op slechte momenten op andere manieren dan door snoepen haar spanning te verlagen. En dat ze, met hulp van begeleiders en haar pleegmoeder, eraan wordt herinnerd dat de ingreep die ze zo graag wil in het verschiet ligt. Ruim een jaar later, als ze is afgevallen tot zo'n 100 kilo, ondergaat Dunya de borstverkleining.

Literatuur

Besten, C. den, & Vulpen, A. van (2009) *Begeleid ontdekkend leren. Het Eigen Initiatief Model in zes stappen*. Barneveld: Nelissen.

Beurskens, E., Linde, M. van der, & Baart, A. (2019). *Praktijkboek presentie*. Bussum: Coutinho.

Biesart, M. C. I. H., & Hubben, J. H. (1997). *Beoordeling van wilsonbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke handicap* (Reeks Gezondheidsrecht nr. 8). Nijmegen: KU Nijmegen, Faculteit der Rechtsgeleerdheid.

Dulk, L. den (2020). *Wie beslist? Ondersteunen van wilsbekwaamheid in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Zeewolde: Conferent Uitgeverij.

Grisso, T., & Appelbaum, T. J. (1995). Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1033-1037.

Hein, I., & Hondius, A. (Red.) (2018). *Wilsbekwaamheid in de medische praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom.

Liégeois, A. (2018). Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(1), 29-36.

Mental Capacity Act (2005). Op 17 juni 2020 verkregen via <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten. (2016). *Handreiking kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking: Herziening van de standaard uit 2005; een monodisciplinaire handreiking*. Op 18 maart 2020 verkregen via <http://nvavg.nl/handreiking-kinderwens-en-anticonceptie/>.

Nussbaum, M. C. (1990). *Love's knowledge: Essays on philosophy and literature*. New York/Oxford: Oxford University Press.

NVVA. (2008). *Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag: Een handreiking voor verpleeghuisartsen en sociaal geriaters*. Utrecht: NVVA.

Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. Harmondsworth: Penguin.

Verenigde Naties. (2007). *VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap* (Nederlandse vertaling). New York: Verenigde Naties. Op 17 juni 2020 verkregen via <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/brochures/2016/12/23/vn-verdrag-inzake-de-rechten-van-personen-met-een-handicap/VN-Verdrag+inzake+de+rechten+van+personen+met+een+handicap.pdf>

Widdershoven, G. A. M. (1987). *Handelen en rationaliteit: Een systematisch overzicht van het denken van Wittgenstein, Merleau-Ponty, Gadamer en Habermas*. Meppel: Boom.

Widdershoven, G., & Berghmans, R. L. (2004). Wilsbekwaamheid in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 30(3), 166-181.

Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanpassingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.

Bijlage 1

Instrument toetsing wilsbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke beperking

Instrument toetsing wilsbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke beperking

- ONDERSTAANDE CRITERIA WORDEN IN DE HANDLEIDING TOEGELICHT ([PARAGRAAF 3.4.](#))
- SCOOR ELK CRITERIUM OP EEN ZESPUNTSSCHAAL. DEZE LOOPT VAN - - - TOT + + +. HET IS DUS NIET MOGELIJK OM + - TE SCOREN.

CRITERIUM	SCORE
A. Analyseren van de situatie:	
1. Betrokkene begrijpt de relevante informatie.	
2. Betrokkene betreft die informatie op de eigen situatie.	
3. De betrokkene heeft inzicht in de eigen situatie	
B. Overwegen van keuzemogelijkheden:	
4. De betrokkene kan de keuzemogelijkheden overwegen	
C. Inschatten van effecten van de keuze:	
5. Betrokkene kan gevolgen van de keuze voor zichzelf inschatten.	
6. Betrokkene kan de gevolgen van de keuze voor anderen inschatten.	
D. Verhelderen van motieven voor de keuze:	
7. Betrokkene motiveert zijn keuze op invoelbare en begrijpelijk wijze.	
8. De keuze van betrokkene is vrij van dwingende invloeden van binnenuit.	
9. De keuze van betrokkene is vrij van dwingende invloeden van buitenaf.	
10. Betrokkene kan zijn keuze motiveren vanuit eigen waarden en doelen.	

Deze handreiking is geschreven door

Loes den Dulk (Raad op Maat)
Chris den Besten (Stichting Philadelphia Zorg)
Jolanda Douma (Landelijk Kenniscentrum LVB)
Liz Sluis (Pameijer)

In opdracht van

NVO, NIP en Stichting Philadelphia Zorg

Uitgave

NVO Info@nvo.nl / www.nvo.nl
NIP www.psynip.nl

Vormgeving en Drukwerk

Drukkerij De Toekomst
September 2020