

Naam patiënt:	Naam afnemer:
Geboortedatum patiënt:	Datum afname:

Inschatting wilsbekwaamheid volgens KNMG richtlijn

1. Wilsbekwaamheid wordt altijd beoordeeld ter zake een bepaald onderzoek of bepaalde behandeling. *Waar gaat het bij uw patiënt over? (Voorbeeld: starten medicament X, opname afdeling Y, therapie Z inzetten)*

.....

2. Een van de eerste stappen is om te bepalen wat de aanleiding is voor de (nadere) beoordeling van wilsbekwaamheid. Het kan gaan om een weigering van een noodzakelijk geachte behandeling, de wens om tegen het advies van de hulpverlener het ziekenhuis te willen verlaten en/of een abrupte verandering in het psychologisch functioneren. Het kan ook gaan om twijfel aan de weloverwogenheid van een gegeven toestemming bij ingrijpende of belastende verrichtingen met een ongunstige risk-benefit ratio voor de patiënt.

Wat is bij u en uw patiënt de aanleiding?

.....

Twijfelt u aan de weloverwogenheid en waarom?

.....

Hoe reageerde de patiënt op uw voorstel, bijvoorbeeld het behandelingsplan of zorgplan?

.....

Welke context is van belang? Denk bijvoorbeeld aan het ontbreken van een steunsysteem, toezicht en dergelijke, bij een gewenst vertrek uit het ziekenhuis tegen het advies van de hulpverlener.

.....

Is er een wilsbeschikking aanwezig?

.....

Zijn er gereede twijfels over de wilsbekwaamheid van de patiënt voor de te nemen beslissing?

.....

Wat vinden andere direct bij de zorg betrokken hulpverleners van de situatie?

.....

5. Een volgend vereiste volgens het stappenplan is dat de patiënt voldoende informatie heeft gekregen. Er moet voldoende gelegenheid zijn voor de patiënt om kennis te nemen van de situatie en de opties voor onderzoek en/of behandeling.

Heeft u het idee dat de patiënt voldoende kennisgenomen heeft van de situatie en opties voor behandeling of onderzoek? Zoniet, hoe komt dat?

.....

6. Dan vraagt het stappenplan om de beslisvaardigheid te evalueren. Het gaat daarbij om de volgende vaardigheden (of criteria):

- Het vermogen een keuze uit te drukken.
- Het begrijpen van informatie die relevant is voor de beslissing over het diagnostisch onderzoek en/of de behandeling.
- Het beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie.
- Logisch redeneren en het betrekken van informatie in het overwegen van behandelopties.

Kan de patiënt uitdrukken wat zijn keuze is? Wat is die keuze? Blijft hij daarin volharden?

.....

Heeft de patiënt zich voldoende zicht op de aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling en over de gevolgen of risico's? Kan hij of zij dat ook in eigen woorden benoemen, als u hem/haar dat zou vragen?

.....

Gelooft de patiënt dat hij/zij behandeling of onderzoek nodig heeft? Is hij zij op de hoogte gebracht van wat er gebeurt als deze behandeling of dit onderzoek niet uitgevoerd wordt?

.....

Heeft de patiënt verschillende factoren adequaat afgewogen, denkt u? Kan hij/zij uitleggen hoe hij/zij tot zijn/haar besluit gekomen is, als u dat zou vragen?

.....

8. Het stappenplan stelt dat verpleegkundigen of verzorgenden die dagelijks omgang hebben met de patiënt relevante informatie of inzichten kunnen aanreiken.

Wat is de mening van de andere betrokken hulpverleners?

.....

.....

9. De volgende stap is overleg met de vertegenwoordiger van de patiënt voor aanvullende informatie over eventuele beperkingen van de beslisvaardigheid en over de relevante context, zoals bijvoorbeeld het toezicht en de ondersteuning in de eigen leefsituatie na ontslag uit het ziekenhuis tegen advies.

Wat denkt u dat de vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een echtgenoot, ouder of kind of een ander familielid, mentor of curator, zou vinden van de situatie? Of is deze nog (niet) betrokken?

.....

10. Dan komt het stappenplan bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid aan de hand van de eerder genoemde criteria. Centraal staat de vraag of de patiënt voldoende vaardigheid heeft voor de aard en de reikwijdte van de aan de orde zijnde beslissing.

Wat is uw inschatting nu van de wilsbekwaamheid van de patiënt? Is hij/zij wilsbekwaam of wilsonbekwaam ter zake bovengenoemde beslissing?

.....

12. De stap die dan volgt gaat uit van wilsonbekwaamheid van de patiënt. De kans op herstel van wilsbekwaamheid moet dan overwogen worden en de gebieden waarin de patiënt wel beslisvaardig is beoordeeld. Verdere besluitvorming moet hier op afgestemd worden.

Hoe denkt u dat de wilsbekwaamheid van u patiënt, indien wilsonbekwaam, herstelt of verbeterd kan worden?

.....

14. Vervolgens gaat het stappenplan in op het thema ‘verzet’. Ook vraagt het stappenplan om verschillende bijkomende factoren te overwegen.

Is er sprake van verzet tegen onderzoek of behandeling? In welke vorm?

.....

Kunt u iet zeggen over de noodzaak van het onderzoek en/of de behandeling?

.....

Kunt u iet zeggen over de kans op succes van de door u voorgestelde behandeling?

.....

Kunt u iet zeggen over het gevaar en de belasting van de behandeling of het onderzoek?

.....

Kunt u iet zeggen over de indicatiestelling volgens de regels der kunst? Hoe ‘hard’ is de indicatie?

.....

Kunt u iet zeggen over de somatische, psychische en sociale gevolgen van het wel of niet onder dwang behandelen?

.....

Zijn er minder ingrijpende alternatieven, zoals een tijdelijk uitstel van onderzoek of behandeling in de verwachting dat de wilsbekwaamheid zal herstellen?

.....

15. Dan vraagt het stappenplan om een besluit, namelijk of uitvoering van het onderzoek of de behandeling nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Is de door u voorgestelde behandeling nodig om ernstig nadeel te voorkomen?

.....

www.amedea.nl

Toelichting: Beoordeling van wilsonbekwaamheid

De modelrichtlijn en het stappenplan zijn te vinden op <http://knmg.artsenet.nl/artikel/Eindrapport-WGBO-van-wet-naar-praktijk.htm>. Een aantal fragmenten:

De algemeen gehanteerde en aanvaarde definitie van ‘wilsonbekwame patiënten’ die ook de WGBO als uitgangspunt neemt, is: patiënten die niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake van een beslissing of situatie die aan de orde is. Wanneer een patiënt wilsonbekwaam wordt geacht, dan is een van de gevolgen dat de hulpverlener zich voor het nemen van een bepaald besluit moet richten tot de vertegenwoordiger van de patiënt. De hulpverlener informeert deze vertegenwoordiger over de voorgestelde behandeling van de patiënt en vraagt hem om toestemming. De hulpverlener moet de beslissing van de vertegenwoordiger volgen voor zover dit te verenigen is met de zorg van een goed hulpverlener.

In de praktijk bestaat veel onduidelijkheid over hoe wilsonbekwaamheid moet worden vastgesteld. In elk geval is het uitgangspunt dat de patiënt wilsbekwaam moet worden geacht, totdat het tegendeel is komen vast te staan. Voorts kan een viertal criteria worden genoemd voor wilsbekwaamheid. Een patiënt is volledig wilsbekwaam als hij voldoet aan de volgende vier criteria.

- kenbaar maken van een keuze;
- begrijpen van relevante informatie;
- het beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie;
- het logisch redeneren en het betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties.

Het minst wilsbekwaam is de patiënt wanneer hij alleen aan het eerste criterium (of zelfs dit niet) voldoet.

In het algemeen is van wilsonbekwaamheid sprake in situaties waarin iemand niet in staat is bepaalde informatie te begrijpen en te waarderen, noch op grond van een afweging van die informatie tot een beslissing te komen. Het element waarderen van de informatie en van mogelijke gevolgen houdt in dat iemand de informatie (en gevolgen) op zichzelf moet kunnen betrekken.

In de WGBO wordt wilsbekwaamheid geformuleerd in termen van “een redelijke waardering van (zijn) belangen ter zake”. Die formulering geeft twee zaken aan. Ten eerste dat wilsbekwaamheid primair refereert aan de manier waarop de beslissing van de patiënt tot stand komt. Althans, zo wordt ‘redelijke waardering’ doorgaans begrepen. Wilsbekwaamheid is dan ook een ongelukkig gekozen term. Het betekent dat de patiënt in juridische zin te beschouwen is als voldoende bekwaam voor het nemen van een zorg- of behandelbeslissing. De hulpverlener bepaalt echter de mate waarin de patiënt wel of niet de vaardigheden bezit om tot een weloverwogen besluit te komen. Voor de praktijk zou het dan ook beter zijn om in plaats van over wilsbekwaamheid over beslisvaardigheid te spreken. Ten tweede is wilsbekwaamheid een contextueel en beslissings- of keuzeafhankelijk concept. Dat wordt bedoeld met ‘ter zake’. Wilsbekwaamheid is dus geen eigenschap van patiënten, maar een waardering gekoppeld aan keuzen of beslissingen in een specifieke context.

Sommige categorieën patiënten missen wel het vermogen om over alles (comateuze patiënten) of over veel zaken (ernstig demente patiënten) een weloverwogen besluit te nemen. Meestal is het echter zo dat in wisselende mate en in de tijd fluctuerende beperkingen in de beslisvaardigheid optreden. Dat

betekent dat de hulpverlener zich niet alleen moet afvragen HOE hij de wilsbekwaamheid beoordeelt (hoe nauwkeurig en hoe streng de vereiste voor beslisvaardigheid in die context), maar ook WANNEER hij beoordeelt (onder welke omstandigheden komen gedragingen en (voorgenomen) keuzes in aanmerking voor verdere toetsing op basis van criteria). De vragen naar HOE en WANNEER moeten onderscheiden worden omdat wilsbekwaamheid kan fluctueren in de tijd en kan variëren per beslissings- of handelingsdomein. Een beoordeling moet dus periodiek plaatsvinden en gericht zijn op verschillende, voor een weloverwogen oordeel van de betrokkene relevante vaardigheden. Het is van belang om rekening te houden met de ziekte of stoornis op grond waarvan er twijfel is gerezen over de wilsbekwaamheid. Afhankelijk van de aard van de aandoening (reversibel, zoals bij een delier; stationair, zoals bij een verstandelijke handicap; of progressief, zoals bij dementie) is herhaalde beoordeling aangewezen. Wilsbekwaamheid is dus ook ziektespecifiek. In beginsel gaat de hulpverlener uit van de wilsbekwaamheid van de betrokkene (de zogenaamde presuppositie van bekwaamheid). Om tot een beoordeling over te gaan moet er een duidelijke aanleiding te vinden zijn in de (voorgenomen) keuze of beslissing van de patiënt. Hulpverleners moeten daarbij vooral kijken naar de consequenties van die beslissing voor gezondheid en welzijn van de patiënt.

Hierbij gelden de volgende overwegingen:

1. Hoe complexer de situatie en hoe ernstiger de gevolgen van de te nemen beslissing, des te meer zorgvuldigheid moet de hulpverlener betrachten. Bij wilsonbekwaamheid zal een hulpverlener eerder tot (eventuele dwang-)behandeling overgaan als niets doen ernstige gevolgen heeft en de voordelen van de behandeling opwegen tegen de eventuele nadelen. Gaat het om een weinig belastende ingreep, een behandeling van een urineweginfectie bij een demente patiënt, dan kunnen de eisen relatief lager zijn. Ook al is er gerede twijfel aan de beslisvaardigheid van de patiënt, de hulpverlener zal een eventuele weigering van de patiënt kunnen accepteren als de gevolgen daarvan naar zijn inschatting gering zijn.

2. Verschillende keuzen over gelijke (behandel)beslissingen worden ongelijk gewogen. Instemming met een medisch geïndiceerde behandeling wordt anders gewogen dan de weigering daarvan. Aan een weigering kunnen hogere competentie-eisen worden gesteld. Dit aspect, ook wel de 'asymmetrie' van de wilsbekwaamheid genoemd, vloeit voort uit de vorige overweging.

3. De hulpverlener mag bij de wens van een levensreddende behandeling in beginsel uitgaan van wilsbekwaamheid. Deze overweging vloeit deels voort uit de asymmetrie van wilsbekwaamheid, maar heeft ook een belangrijke ethische achtergrond. Deze is uiteindelijk gelegen in de opdracht van de geneeskunde. Uiteraard betekent dat niet dat wie leven wil altijd bekwaam is en altijd behandeld moet worden. Behalve de wens van de patiënt gelden ook professionele overwegingen. Het betekent wel dat er vanuit ethisch oogpunt een belangrijk verschil is tussen de situatie waarin een vitale behandeling wordt geweigerd en de situatie waarin daarmee wordt ingestemd.