

11

Wilsbekwaamheid

Han Diesfeldt en Saskia Teunisse

- 1 Inleiding
 - 2 Wettelijk kader
 - 2.1 Formeel onderzoek
 - 2.2 Documentatie in zorgdossier
 - 2.3 Vertegenwoordiging
 - 3 Zorgethische invalshoek
 - 3.1 Kritiek op de juridische invalshoek
 - 3.2 De rol van naasten en familie
 - 3.3 Autonomie als doel
 - 4 Psychologische invalshoek
 - 4.1 Rationeel-normatieve versus descriptieve benadering
 - 4.2 Beslissen via denkstijlen Systeem 1 en 2
 - 4.3 Beslissingsondersteuning
 - 5 Beoordeling van wilsbekwaamheid
 - 5.1 Interview- en vignetinstrumenten
 - 5.2 Complexiteit beoordelingsproces
 - 6 Taken psycholoog
 - 6.1 Exploratie en psychodiagnostiek
 - 6.2 Helpen beslissen, therapeutische invalshoek
 - 6.3 Formele beoordeling
 - 6.4 Verlichting van emotionele gevolgen
 - 7 Tot besluit
- Literatuur



www.tijdstroom.nl/leeromgeving



Weblinks

Kernboodschappen

- Wilsbekwaamheid is een dynamisch construct, dat varieert in de loop van de tijd, afhankelijk van het cognitieve en emotionele functioneren, en van de beslissing die genomen moet worden.
- Gedragswetenschappelijk onderzoek geeft inzicht in de manier waarop mensen beslissen en hoe zij geholpen kunnen worden om juiste beslissingen te nemen.
- Het beeld van de rationele autonome beslissers die logisch redenerend zorgvuldig alle consequenties van een keuze afweegt, strookt niet met psychologische kennis over menselijke besluitvorming
- Exploratie van factoren die besluitvorming kunnen beïnvloeden is een eerste stap bij wilsbekwaamheidsvraagstukken.

- Ondersteuning bij het besluitvormingsproces kan de cliënt helpen om te komen tot een beslissing die recht doet aan zijn belangen en waarden.
- Een persoon mag nooit onbekwaam beschouwd worden om een beslissing te nemen tenzij alle stappen om hem daarbij te helpen geen enkel effect hebben gehad.

1 Inleiding

Wilsbekwaamheid is een relevant onderwerp voor de ouderenpsychologie. Allereerst omdat volwassen mensen op geen enkele leeftijd zijn vrijgesteld van ingewikkelde keuzeproblemen of belangrijke beslissingen. Bijna niemand ontkomt op hogere leeftijd aan beslissingen op medisch gebied. Andere beslissingen kunnen vermogensbeheer betreffen, een testament (opstellen of aanpassen), of een relatie (huwelijk of geregistreerd partnerschap).

Het onderwerp is ook relevant omdat hersenaandoeningen die cognitie of gevoelsleven aantasten, met het ouder worden vaker voorkomen. Veranderingen van cognitie en emotie hebben invloed op besluitvormingsprocessen (Wood & Tanius, 2007). De ouderenpsycholoog heeft een rol bij de diagnostiek van cognitieve en emotionele stoornissen en bij het onderzoek naar de invloed daarvan op besluitvorming (APA-ABA, 2008; Moye e.a., 2013). Ouderenpsychologen hebben bovendien een ondersteunende taak. Zij kunnen helpen om tot een juiste beslissing te komen: een beslissing die recht doet aan de belangen en waarden van de cliënt. Dat vereist voldoende tijd en zorgvuldig doorlopen van het proces.

In kwesties van wilsbekwaamheid is het van belang dat de psycholoog weet heeft van de wettelijke regelingen op dit terrein (Lamont e.a., 2013b). Daaraan besteden we aandacht in paragraaf 2. Vervolgens laten we zien welke overwegingen uit de zorgethiek nuttig kunnen zijn voor een beter begrip en onderzoek van wilsbekwaamheid. Daarna gaan we in op inzichten uit gedragswetenschappelijk onderzoek naar de manier waarop mensen beslissen. De resultaten van dergelijk onderzoek maken begrijpelijk hoe en waarom mensen bepaalde beslissingen nemen en hoe zij geholpen kunnen worden om juiste beslissingen te nemen. Tot slot bespreken we wetenschappelijk onderzoek naar wilsbekwaamheid bij mensen met cognitieve stoornissen en de gevolgen daarvan voor de ouderenpsycholoog in de klinische praktijk.

2 Wettelijk kader

Wils(on)bekwaamheid is een juridisch begrip dat in verschillende wetten wordt omschreven als '(niet) in staat zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen'. Bedoeld wordt: belangen 'ter zake' van nader aan te duiden handelingen of beslissingen ter zake' betekent dat het gaat om een specifieke situatie). De term zelf (wilsbekwaam of wilsonbekwaam) komt overigens in wetsteksten niet voor, maar is in de literatuur en de (rechts)praktijk zeer gangbaar.

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), onderdeel van het Burgerlijk Wetboek, fungeert voor regelingen over wilsbekwaamheid als hoofdwet. Volgens deze wet moeten patiënten toestemming geven voor onderzoek of behandeling nadat zij daarover op een begrijpelijke wijze zijn geïnformeerd. Hier heeft wilsbekwaamheid betrekking op het vermogen om de verstrekte informatie te begrijpen en op basis daarvan al dan niet in te stemmen met onderzoek of behandeling. Wilsbekwaamheid kan ook op andersoortige beslissin-

gen betrekking hebben, bijvoorbeeld van financiële aard. De geestelijke vermogens die voor bepaalde handelingen of beslissingen vereist zijn, variëren met de aard en de complexiteit van de kwestie. Daarom is wilsbekwaamheid een relatief begrip dat steeds moet worden gedefinieerd met het oog op de specifieke beslissing die op een bepaald moment aan de orde is (Akerboom e.a., 2011).

Wettelijke regels over wilsbekwaamheid zijn bedoeld om de rechtspositie van kwetsbare mensen te versterken, waaronder bevordering van zelfbeschikking en bescherming van leven, gezondheid en andere belangen (NIP, 2015). Veel aspecten van de regelgeving over wilsbekwaamheid zijn echter niet of nauwelijks in wetgeving uitgewerkt. Dat geldt om te beginnen voor het vaststellen ervan. Het is aan de hulpverlener zelf om te beoordelen of een patiënt wilsbekwaam is om goed geïnformeerd toestemming te geven voor onderzoek of behandeling. Dit geldt niet alleen voor de arts, maar ook voor verzorgenden, paramedici en psychologen, ieder op hun eigen beroepsterrein. De arts bepaalt of de patiënt een geldige toestemming kan geven voor de behandeling die op dat moment aan de orde is. De verzorgende of verpleegkundige die een patiënt helpt met wassen en aankleden, legt uit wat er gaat gebeuren en vraagt de patiënt om toestemming. Of de patiënt instemt, mag uit een verbale of non-verbale reactie worden afgeleid. De psycholoog legt in grote lijnen uit wat de bedoeling is van een voorgenomen onderzoek of gesprek, vraagt of de patiënt daarmee instemt en bepaalt zelf of deze daartoe wilsbekwaam is.

Wilsbekwaamheid kan ook aan de orde komen buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld wanneer iemand een testament wil maken of wijzigen. In dat geval is de notaris de eerstverantwoordelijke om vast te stellen of de cliënt beschikt over de wettelijk vereiste 'verstandelijke vermogens' (KNB, 2006). Dit is niet altijd een gemakkelijke taak (Peisah e.a., 2014), waarbij soms ernstige fouten worden gemaakt (Jennekens & Jennekens-Schinkel, 2005; Kooke, 2007). De notaris die twijfelt aan iemands bekwaamheid om een testament op te maken, kan in goed overleg met de cliënt diens wilsbekwaamheid laten onderzoeken door een psychiater of psycholoog. In de praktijk onderzoeken hulp- of dienstverleners de wilsbekwaamheid zelden expliciet, maar handelen zij op basis van veronderstelde of impliciet vastgestelde wilsbekwaamheid. Zij hoeven de (wettelijk) vertegenwoordiger van de patiënt niet te raadplegen en kunnen rechtsgeldig met de patiënt of de cliënt afspraken maken. Dit alles mag, op voorwaarde dat zij de cliënt zo goed mogelijk informeren en erop letten dat de toestemming geldig is.

2.1 Formeel onderzoek

Wilsonbekwaamheid mag niet worden verondersteld maar moet worden aangetoond. Hulpverleners wordt geadviseerd terughoudend te zijn met een expliciet, formeel onderzoek van wilsbekwaamheid. Wilsonbekwaamheid betekent immers dat de persoon in kwestie een aantal fundamentele rechten niet kan uitoefenen. Bij een ernstig vermoeden dat een patiënt de reikwijdte van de voorliggende opties en de gevolgen van mogelijke beslissingen niet goed overziet, of wanneer de keuze van de patiënt op gespannen voet staat met diens persoonlijke waarden, kan de behandelaar een formeel onderzoek van de wilsbekwaamheid ter zake overwegen. De hulpverlener bedenkt daarbij onder meer hoe ingrijpend een onderzoek of beoogde behandeling is, welke gevolgen een beslissing heeft en hoe complex de keuze uit meerdere opties is. Ook wanneer hulpverlener en patiënt, ondanks herhaald overleg, nadrukkelijk van mening blijven verschillen over de zorg die in de gegeven omstandigheden de belangen van de patiënt het beste dient, kan een formeel onderzoek van wilsbekwaamheid geïndiceerd zijn (Welie e.a.,

2005). Weigering van een noodzakelijk geachte behandeling kan een reden zijn om de wilsbekwaamheid formeel te (laten) onderzoeken, maar instemmen met een ingrijpende behandeling is dat evenzeer.

Als er voldoende aanleiding is om wilsbekwaamheid formeel te (laten) onderzoeken, is de volgende vraag of de voordelen van zo'n onderzoek opwegen tegen de nadelen. Denk bij nadelen aan mogelijke stigmatisering en de belasting van extra onderzoek. Verder behoort een hulpverlener steeds te overwegen of zonder formeel onderzoek toch een gemeenschappelijk gedragen en verantwoordelijke beslissing haalbaar is, bijvoorbeeld door hulp te bieden om te komen tot een afgewogen beslissing, of door overleg en consensus met betrokkenen over de zorg die de hulpverlener voor de patiënt het meest zinvol vindt (Welie e.a., 2005).

2.2 Documentatie in zorgdossier

De verplichting om een formele beslissing over wilsbekwaamheid vast te leggen in het zorgdossier, wordt voorzien in de Wijzigingswet cliëntenrechten zorg, de beoogde opvolger van de WGBO. Maar ook nu al geldt dat beslissingen over wilsbekwaamheid kunnen worden getoetst door een klachtencommissie, de tuchtrechter of de gewone rechter. Het is daarom van belang dat hulpverleners expliciete beoordelingen van iemands wilsbekwaamheid in het medisch dossier of in het zorgplan vastleggen, met verantwoording van de wijze waarop de nodige informatie is verstrekt, hoe de patiënt hierop heeft gereageerd, wat de redenen waren om de wilsbekwaamheid voor de onderhavige beslissing te beoordelen, hoe het oordeel over wilsbekwaamheid tot stand is gekomen, en welke deskundigen daarbij eventueel zijn geraadpleegd (gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, 2014; ministerie van Justitie, 1994; NIP, 2015).

2.3 Vertegenwoordiging

Voor wie niet wilsbekwaam is om over behandeling en zorg zelfstandig te beslissen, oefent een vertegenwoordiger diens recht op informatie en toestemming uit. Hulpverleners behoren ook over kwesties van wilsbekwaamheid met de vertegenwoordiger te overleggen. De WGBO onderscheidt verschillende categorieën van vertegenwoordigers, te beginnen met de wettelijk vertegenwoordiger, zoals een door de rechter aangestelde curator of mentor. Als er geen wettelijk vertegenwoordiger is, gelden anderen als vertegenwoordiger, en wel in de volgende volgorde:

- de schriftelijk gemachtigde;
- de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel;
- een naast familielid (ouder, kind, broer of zus).

Dit is een hiërarchische volgorde. Dus een schriftelijk gemachtigde die door de patiënt zelf, toen hij daartoe bekwaam was, gemachtigd is om voor hem te beslissen in geval van wilsbekwaamheid, heeft meer recht om de patiënt te vertegenwoordigen dan de levenspartner, en deze weer meer dan de naaste familie. Anderen dan de genoemde personen kunnen niet als vertegenwoordiger optreden. Er wordt voor gepleit om in de wet kleinkinderen van de patiënt toe te voegen aan de hiërarchie van vertegenwoordigers (Akerboom e.a., 2011).

Ongeacht de aanwezigheid van een vertegenwoordiger geeft de WGBO de hulpverlener overigens ruimte om ook zelf de belangen van de patiënt te wegen en te beoordelen. Het is vanwege de verantwoordelijkheid als goed hulpverlener wettelijk mogelijk dat de hulpverlener een door de vertegenwoordiger gewenste behandeling weigert of een geïndiceerde behandeling doorzet tegen de weigering van de vertegenwoordiger in. Ook gegevensverstrekking aan de vertegenwoordiger mag achterwege blijven als dat zou indruisen tegen de zorg van een goed hulpverlener (ministerie van Justitie, 2007).

3 Zorgethische invalshoek

De wetgeving over wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging gaat uit van patiënten en hulpverleners die een behandelingsovereenkomst hebben. Volgens de overeenkomst heeft de patiënt het recht om goed geïnformeerd te worden en daarna weloverwogen en in vrijheid al dan niet in te stemmen met onderzoek en behandeling. De wetgever laat zich daarbij leiden door principes van zelfbeschikking en rechtsbescherming.

3.1 Kritiek op de juridische invalshoek

Er zijn drie punten van kritiek op de juridische invalshoek bij wilsbekwaamheid. De eerste betreft de individuele autonomie. Vanuit de juridische invalshoek ligt de nadruk op de beschermwaardige autonomie van rationeel denkende, individuele personen. Vanuit zorg-ethisch perspectief echter ontmoet deze opvatting kritiek (Doorn, 2009; Hertogh, 2010). Het autonomiebegrip stoelt op de morele opvatting dat ieder mens het recht heeft zijn leven naar eigen goeddunken in te richten. Anderen mogen zich niet bemoeien met zijn of haar levenskeuzes. Mensen hebben de vrijheid om onverstandige beslissingen te nemen zolang zij anderen daarmee niet hinderen of in gevaar brengen. Hiermee wordt een liberaal-politieke opvatting over betrekkingen tussen burgers rechtstreeks geprojecteerd op een ander onderdeel van de menselijke samenleving: de gezondheidszorg. Dat kan wringen met de ethische motieven van de zorgverlener om zich voor anderen in te zetten: om zich juist wel met anderen en sommige van hun besluiten te bemoeien (Hertogh, 2010).

Een tweede kritiekpunt is de juridische constructie van een autonoom onafhankelijk individu dat zelfbeschikkingsrecht moet kunnen uitoefenen tegenover een even onafhankelijke, individuele hulpverlener. Een dergelijke constructie berust op een nogal gekunstelde opvatting van de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener die, als het goed is, meer inhoudt dan een veronderstelde zakelijke afspraak tussen twee contractpartners. Zorgrelaties zijn op een bijzondere manier wederkerig van aard. De zorgvrager roept door het beroep dat hij op de hulpverlener doet, bij die hulpverlener morele ervaringen op, zoals gevoelens van compassie en van verantwoordelijkheid (Hertogh, 2010).

Een derde tekortkoming van een strikt juridische invalshoek is dat de hulpverlening wordt voorgesteld alsof die gebaseerd is op medische of zorgkundige beslissingen die geheel op zichzelf staan. Dit strookt niet met de gangbare praktijk in de ouderenzorg en andere zorgsectoren, waarin de nadruk veel meer ligt op een zorgproces waarin voortdurend grote en kleine, met elkaar samenhangende beslissingen genomen worden om het welzijn van de hulpvrager te ondersteunen. Zo zou volgens een strikt juridisch standpunt de dringende en herhaalde wens van een verpleeghuisbewoner met gevorderde dementie om 'naar huis te willen', getoetst kunnen worden aan diens recht op zelfbeschikking. De afweging om deze wens al dan niet te honoreren staat echter niet los van een eerder genomen besluit dat wonen in het verpleeghuis voor de betrokken patiënt de best passende of enig mogelijke vorm van zorg inhoudt.

3.2 De rol van naasten en familie

Ook in kwesties van vertegenwoordiging staat de zorgethische benadering op gespannen voet met de juridische. Volgens de wettelijke regels heeft de vertegenwoordiger pas een rol bij beslissingen waarvoor de patiënt niet wilsbekwaam wordt geacht. Strikt genomen zou een hulpverlener een vertegenwoordiger of naaste familie niet mogen betrekken bij besluitvorming over de

zorg, als de patiënt 'autonoom, vrij en onafhankelijk' tot die besluitvorming in staat is. Volgens de zorgethische invalshoek hechten hulpverleners veel belang aan de waarden en wensen van de patiënt, en juist daarover willen zij advies inwinnen bij anderen die de patiënt goed kennen (Touwen, 2008).

Het staat overigens niet bij voorbaat vast dat de naaste familie van mensen met dementie precies hetzelfde denkt over bepaalde waarden als de patiënten zelf. In een onderzoek maakten mensen met een lichte tot matig-sterke dementie kenbaar hoeveel waarde zij hechtten aan zelfstandigheid op het gebied van dagbesteding, geld uitgeven, of de beslissing van wie zij hulp en zorg zouden willen ontvangen. Mantelzorgers bleken de waarden van hun naasten met dementie systematisch te onderschatten (Reamy e.a., 2011). Dit gold temeer naarmate mantelzorgers hun eigen kwaliteit van leven lager waardeerden, bijvoorbeeld omdat hun gezondheid was achteruitgegaan, zij zich vaak moe voelden, of hun sociale contacten de afgelopen tijd hadden zien verminderen (Reamy e.a., 2012).

Bij voorkeur geeft de patiënt expliciet toestemming om met zijn naasten te overleggen. Daarmee wordt zijn autonomie gerespecteerd (Coverdale e.a., 2006; Molinari e.a., 2006). Het gesprek met zijn naasten biedt bovendien de mogelijkheid om zijn autonomie nog verder vorm te geven, door rekening te houden met het waardesysteem van de patiënt (Hertogh e.a., 2014). Wanneer communicatie met de patiënt niet mogelijk is, is het gesprek met zijn naasten zelfs de enige manier om zijn waarden en wensen te reconstrueren.

3.3 Autonomie als doel

Wat betekenen deze zorgethische overwegingen voor de omgang met kwesties van wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging in de ouderenzorg? Verantwoordelijk handelen in antwoord op de hulpbehoefendheid en kwetsbaarheid van oudere zorgvragers vraagt van zorgverleners om de autonomie van de zorgvrager niet uitsluitend als maatstaf te nemen, maar ook als doel (Doorn, 2009; Epstein & Peters, 2009). Bij autonomie als maatstaf ligt het primaat bij het proces van besluitvorming en de daarvoor vereiste cognitieve capaciteiten. Als besluitvorming en cognitie adequaat zijn voor een autonome keuze, wordt het recht op zelfbeschikking gehonoreerd ongeacht de keuze die de patiënt uiteindelijk maakt. Dat is zoals de wetgever het heeft bedoeld. Bij autonomie als doel gaat het niet alleen om de vraag of mensen zelf kunnen kiezen, maar wordt in gemeenschappelijk overleg en gedeelde verantwoordelijkheid ook de inhoud van de keuze in beschouwing genomen.

Hulpverleners hebben ook hun eigen waarden. Het is belangrijk dat zij zich daarvan bewust zijn. Volgens Doorn (2009) kan een hulpverlener uitspreken wat zij belangrijk vindt en waarom. Er mag echter geen dwang worden uitgeoefend. De hulpverlener onderzoekt en luistert naar wat voor de zorgvrager belangrijke waarden zijn, en hoe die passen bij het persoonlijke levensverhaal, de actuele leefsituatie en de toekomstplannen. Met deze zorgethisch gemotiveerde benadering wordt de autonomie van de zorgvrager niet alleen beschermd (zoals de wetgeving beoogt), maar ook ondersteund en versterkt. Modellen van *shared decision making* zijn op dit principe gebaseerd (Elwyn e.a., 2012).

4 Psychologische invalshoek

Bij vragen over wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid kunnen hulpverleners hun voordeel doen met psychologische kennis over besluitvorming en menselijk gedrag bij beslissen in onzekerheid. Het leeuwendeel van onze beslissingen blijkt automatisch tot stand te komen. Met het ouder worden veranderen besluitvormingsprocessen, hetgeen vraagt om een aangepaste ondersteuning.

4.1 Rationeel-normatieve versus descriptieve visie op besluitvorming

Onderzoek van besluitvorming heeft duidelijk gemaakt dat het stereotiepe beeld van de mens als rationeel autonome beslisser, die logisch redenerend kosten en baten tegen elkaar afweegt, een fictie is. We veronderstellen een rationaliteit die er vaak niet is. Mensen beschikken niet over een onuitputtelijk reservoir van aandacht, noch over onbeperkte cognitieve vaardigheden. Zij zijn zelden volledig geïnformeerd, en hebben zichzelf evenmin compleet onder controle. Tegenover de normatieve benadering (hoe het zou moeten) kiest de psychologie voor een descriptieve en onderzoekende benadering van de menselijke besluitvorming (hoe beslissen mensen in de alledaagse werkelijkheid en waarom beslissen zij zo). In de tegenstelling tussen normatief en descriptief herkennen we opnieuw het spanningsveld dat we eerder tegenkwamen tussen de strikt juridische (normatieve) en de (descriptief-onderzoekende) zorgethische benadering van wilsbekwaamheid. De normatieve benadering stoelt op de liberale ideologie die stelt dat volwassen mensen vrijgelaten moeten worden in hun keuzes zolang zij anderen daarmee geen schade toebrengen. Elke bemoeienis van hogerhand is uit den boze. Zolang het besluitvormingsproces reglementair verloopt, zullen autonome, rationeel denkende burgers zich niet vergissen.

De andere benadering, de descriptief-onderzoekende, descriptieve oftewel gedragskundige, verwerpt het model van de mens als rationele machine, en gaat ervan uit dat vrijheid niet gratis is, maar een prijs heeft. Menselijke beslissers maken wel degelijk fouten, en verdienen daartegen te worden beschermd. Mensen kunnen geholpen worden om goede keuzes te maken, en de psychologie reikt daarvoor de kennis en de middelen aan, die zonder dwang of pressie ondersteunend kunnen zijn voor de besluitvorming (Kahneman, 2011).

4.2 Beslissen via denkstijlen Systeem 1 en 2

Menselijke beslissers staan onder invloed van verschillende denkstijlen, die door het werk van de psychologen Kahneman en Tversky bekend zijn geworden als de hypothetische Systemen 1 en 2 (Kahneman, 2011). De denkstijl van Systeem 1 is snel, automatisch en intuïtief, die van Systeem 2 bedachtzaam, onderzoekend en rationeel. Systeem 1 genereert schijnbaar moeiteeloos en buiten iedere bewuste controle om, eerste indrukken, intuïties, intenties en gevoelens. Gebruikelijk is dat Systeem 2 zonder veel omhaal overneemt wat Systeem 1 aanreikt. Een 'eerste indruk' wordt dan een vaste overtuiging en een 'intentie' gaat over in doelgericht gedrag. Systeem 2 komt in actie wanneer automatisch gedrag ontoereikend is voor het afhandelen van bepaalde taken en er extra inspanning en aandacht nodig is om deze tot een goed einde te brengen. Inschakeling van Systeem 2 vraagt inspanning en tijd.

Wettelijke richtlijnen voor het beoordelen van wilsbekwaamheid hebben voornamelijk de werkzaamheid van Systeem 2 voor ogen. Volgens de wet immers is diegene beslisvaardig die relevante informatie begrijpt, deze in verband brengt met de eigen situatie en tot slot, logisch

redenerend en alles afwegend, besluit om een onderzoek of behandeling te accepteren of af te wijzen (NVVA, 2008; KNMG, 2004). Systeem 2 is bij uitstek toegerust voor nauwkeurig analyseren en zorgvuldig nadenken, kortom voor bewuste, uitvoerende controle. Maar Systeem 2 heeft een beperkte capaciteit en kan overbelast raken, bijvoorbeeld tijdens het uitvoeren van ingewikkelde (dubbel)taken, of kan disfunctioneren als gevolg van cognitieve beperkingen of een hersenaandoening zoals dementie. Los van de kwetsbaarheid van Systeem 2 is het onder normale omstandigheden liever lui dan moe, en zal het in eerste instantie 'blind en kritiekloos' afgaan op wat Systeem 1 aandraagt.

Een persoon kan bijvoorbeeld instemmen met een voorgestelde behandeling. Bewust of expliciet instemmen is een actie van Systeem 2, op basis van impliciete impressies en gevoelens die zijn aangeleverd door Systeem 1. Als Systeem 1 van de hulpverlener (niets menselijks is haar vreemd) congruent is met dat van de patiënt, zal de hulpverlener de behandeling uitvoeren, zonder nader onderzoek van wilsbekwaamheid.

Maar wat als de hulpverlener vermoedt dat een patiënt op onjuiste gronden wil afzien van een noodzakelijke behandeling? De hulpverlener vindt de keuze van de patiënt ongebruikelijk of is erdoor verrast: haar Systeem 1 detecteert automatisch de afwijking van wat zij normaal vindt, of niet passend bij haar normen en waarden van goed hulpverlenerschap. Zij ziet in de ervaren discrepantie en het daarmee samenhangende emotionele ongemak aanleiding de wilsbekwaamheid van de patiënt te onderzoeken en zet daartoe Systeem 2 aan het werk.

In het algemeen geldt dat Systeem 2 in actie komt wanneer de suggesties van Systeem 1 niet stroken met eerder opgebouwde kennis en ervaring, of bij een vermoeden dat Systeem 1 brokken gaat maken. Het kan de patiënt zelf zijn die met zijn Systeem 2 de door Systeem 1 ingegeven intuïties nader wil onderzoeken, of de hulpverlener die de patiënt wil helpen met het verhelderen van diens keuzes en beslissingen. De patiënt en de hulpverlener kunnen daarbij hun voordeel doen met de psychologie van Systeem 1 en Systeem 2, en met de kennis over de samenwerking en conflicten tussen beide denkstijlen (Kahneman, 2011).

Systeem 1 en 2 bij het ouder worden

Het is een belangrijke ontdekking in verouderingsonderzoek van de laatste twintig jaar dat emotioneel functioneren (Systeem 1) niet door leeftijdgerelateerde achteruitgang wordt aangetaast zoals dat het geval is bij cognitief functioneren (Systeem 2). Er zijn zelfs aanwijzingen dat emotioneel functioneren juist sterker wordt met het toenemen van de leeftijd. Deze bevindingen worden verklaard uit de socio-emotionele-selectiviteitstheorie (SEST) die ervan uitgaat dat de wijze waarop mensen hun toekomst ervaren, van invloed is op de doelen die zij stellen (Löckenhoff & Carstensen, 2007; Mather & Carstensen, 2005; zie ook hoofdstuk 2). Als mensen hun toekomstige tijd waarnemen als onbeperkt, zoals wanneer ze nog jong zijn, hechten ze waarde aan nieuwe ervaringen en het verbreden van kennis. Maar als mensen merken dat er grenzen zijn aan hun toekomstige tijd, gaan zij zich richten op emotioneel betekenisvolle aspecten van het leven, zoals de wens om een betekenisvol leven te leiden, intieme relaties te hebben en zich verbonden te voelen met anderen. Dit verklaart waarom ouderen zich juist meer gaan richten op emotioneel betekenisvolle doelen in hun leven. Deze verandering in motivatie is op allerlei manieren aangetoond (Carstensen & Mikels, 2015). Niet alleen de doelen krijgen een andere richting, ook de aandacht en het geheugen raken anders gericht: ouderen hebben niet alleen meer aandacht voor emotioneel positieve informatie, maar kunnen die ook beter onthouden dan negatieve en neutrale informatie (ook wel het positiviteitseffect genoemd). Deze verande-

ringen in selectiviteit van aandacht en geheugen dragen op hun beurt weer bij aan emotioneel welzijn.

Carstensen en Mikels (2015) vragen zich af welke gevolgen deze veranderingen in motivatie en aandacht hebben voor de besluitvorming van ouderen. Leidt het positiviteitseffect misschien tot minder goede beslissingen omdat ouderen minder aandacht hebben voor negatieve informatie? Of is de focus op emotioneel betekenisvolle aspecten van het leven juist nuttig bij complexe beslissingen? Zijn emoties misschien een beter baken om op te varen dan de cognitieve denkstappen, en hoe ligt dat bij mensen met cognitieve stoornissen zoals dementie? Zouden zij niet beter geholpen zijn in hun besluitvorming als hun gevraagd zou worden naar emotioneel betekenisvolle aspecten van hun leven dan met een analyse van hun cognitieve denkprocessen (zoals begrip of overwegingen), zoals voorgeschreven in de wet?

Beperkingen in Systeem 2 bij het ouder worden

Onderzoek naar normale veroudering laat zien dat er met het toenemen van de leeftijd sprake is van achteruitgang in de snelheid van informatieverwerking, het werkgeheugen, de selectieve en verdeelde aandacht, en het redeneren en het problemen oplossen (zie hoofdstuk 6, Cognitie). Wat betekent dit voor besluitvorming op hogere leeftijd? Zijn gezonde ouderen minder goed in staat om complexe beslissingen te nemen?

Peters (2008) onderzocht rekenvaardigheid. Tal van beslissingen uit het leven van alledag vereisen numerieke vaardigheden, zoals getallen begrijpen, en in staat zijn om gebruik te maken van wiskundige concepten en kansberekening. Denk bijvoorbeeld aan interpreteren van een advertentie over korting op een product, een medische verzekering kiezen, een testament opstellen, of beslissen om een risicovolle medische behandeling te ondergaan. Onderzoek laat grote individuele verschillen zien in rekenvaardigheid. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld heeft bijna de helft van de bevolking moeite met relatief eenvoudige rekentaken (al dan niet met behulp van een rekenmachine), zoals het verschil berekenen tussen de normale prijs van een product en de prijs in de aanbieding. Deze mensen zien zichzelf niet noodzakelijk als beperkt in dit opzicht, maar onderzoek laat wel zien dat zij bijvoorbeeld getalsmatige informatie minder goed weten te begrijpen en te gebruiken bij medische besluitvorming. Ook neemt de rekenvaardigheid significant af met het toenemen van de leeftijd. Tekortschietende rekenvaardigheid kan een belangrijke hindernis zijn bij het interpreteren van gezondheids- en financiële risico's. Een belangrijke vraag is daarom hoe mensen met een minder sterke rekenvaardigheid ondersteund kunnen worden bij hun besluitvorming.

Onderzoek laat zien dat mensen meer begrijpen en beter geïnformeerde keuzes maken als de belangrijkste informatie vereenvoudigd wordt en de benodigde cognitieve inspanning verminderd. Minder is meer: als numerieke informatie onmisbaar is bij een risicovolle beslissing, geef dan alleen de belangrijkste informatie, en wel zo dat deze gemakkelijk te begrijpen is, en gepresenteerd wordt op een manier die overeenkomt met wat mensen logischerwijs verwachten. Bijvoorbeeld: wanneer uit een serie gegevens het beste ziekenhuis gekozen moet worden, presenteer de cijfers dan zo dat een hoger cijfer staat voor meer kwaliteit, en niet andersom. Dergelijke vormen van beslissondersteuning helpen in het algemeen, maar in het bijzonder bij mensen met verminderde rekenvaardigheden.

4.3 Beslissingsondersteuning

Onderzoek laat zien hoe belangrijk het is dat medische informatie goed onthouden wordt: hoe beter onthouden, hoe actiever de deelname aan besluitvorming, hoe minder angst wordt ervaren, en hoe beter medicatie wordt ingenomen. Steeds meer ouderen maken gebruik van internet (in Nederland 80% van de ouderen van 65-75 jaar en bijna 40% van ouderen \geq 75 jaar). Onderzoek naar online medische informatie over kanker laat zien dat het ouderen meer moeite kost dan jongeren om de juiste informatie te vinden en te onthouden. Meer dan de helft van online medische informatie wordt zelfs onmiddellijk weer vergeten.

Bol e.a. (2015) onderzochten daarom of zij het onthouden van online medische informatie door ouderen konden verbeteren. Zij maakten gebruik van verschillende illustraties: cognitieve illustraties die de geschreven tekst ondersteunden met foto's, en affectieve illustraties met foto's van een sympathieke dokter in gesprek met een patiënt, vooral bedoeld om positieve emoties uit te lokken. Toepassing van cognitieve en affectieve illustraties sluit aan op bevindingen uit psychologisch onderzoek over cognitieve en emotionele veroudering en beoogt het werkgeheugen minder te belasten en de emotionele relevantie van informatie te vergroten (zie het in paragraaf 4.2 beschreven positiviteitseffect). Jongere en oudere patiënten met kanker kregen op verschillende manieren online medische informatie aangeboden: alleen tekst, tekst ondersteund met cognitieve illustraties, en tekst ondersteund met emotionele illustraties. Juist bij ouderen resulteerden beide vormen van illustraties in grotere tevredenheid met de website. Met cognitieve illustraties onthielden ouderen evenveel als jongere volwassenen (44%), terwijl ouderen die enkel via tekst uitleg kregen daarvan maar 33% konden reproduceren. Ondersteuning met affectieve illustraties leidde niet tot betere geheugenprestaties.

Deze onderzoeken illustreren hoe normale cognitieve veroudering gevolgen kan hebben voor besluitvorming. Ze laten tevens zien dat passende ondersteuning nuttig kan zijn om tot goed geïnformeerde beslissingen komen. Zonder die ondersteuning worden ouderen in hun besluitvorming benadeeld ten opzichte van mensen van jongere leeftijd. De betekenis hiervan voor mensen met pathologische cognitieve achteruitgang, zoals dementie, laat zich raden. Tot op heden is opmerkelijk weinig onderzocht hoe mensen met dementie passend ondersteund kunnen worden in hun besluitvorming. De Britse Mental Capacity Act (MCA, 2007) benadrukt het belang van die ondersteuning:

'A person is not to be treated as unable to make a decision unless all practicable steps to help him to do so have been taken without success.'

Psychologen kunnen vanuit hun specifieke expertise op het gebied van cognitie, emotie, en motivatie, en hun vaardigheden op het gebied van diagnostiek en psychotherapie een bijdrage leveren aan verheldering en verbetering van besluitvormingsprocessen.

5 Beoordeling van wilsbekwaamheid

Wat te doen als Johan Visser, een alleenstaande oudere man met dementie, beslissingen wil nemen die hemzelf of anderen in gevaar gaan brengen, of die niet langer overeenkomen met zijn vroegere normen en waarden? Wat is het punt waarop wilsbekwame besluitvorming overgaat in wilsonbekwame beslissen? Op welk moment kan Johan niet langer autonoom beslissen en moet hij – als hij dit zelf niet meer overziet – tegen zichzelf in bescherming genomen wor-

den? Deze vraag vormt de essentie van wilsbekwaamheidsonderzoek in de klinische praktijk. Kennis over psychiatrische en neurologische aandoeningen is voor een evenwichtige beoordeling van wilsbekwaamheid onmisbaar. Dementie tast de cognitieve vaardigheden aan die nodig zijn om informatie te begrijpen en te onthouden, en om de gevolgen van verschillende beslissingen tegen elkaar af te wegen. Ook bij intact vermogen tot abstract redeneren kan wilsbekwaamheid belemmerd worden, en wel door extreme denkbeelden, extreme evaluaties of extreme emoties (Banner, 2012). Voorbeelden van extreme denkbeelden zijn wanen of dwanggedachten bij bepaalde psychiatrische aandoeningen.

Extreme evaluaties kunnen kankerpatiënten ertoe brengen dat zij chemotherapie categorisch afwijzen ('Chemo is vergif'), of ouderen dat zij de 'dood' verkiezen boven leven in een verpleeghuis. Een angststoornis, een ernstige depressie en een manie gaan gepaard met zodanig extreme emoties dat deze het wilsbekwame beslissen ernstig in de weg kunnen staan, ook al slaagt de cliënt met vlag en wimpel voor cognitietests van begrip, geheugen en logisch redeneren.

Extreme denkbeelden mogen niet worden verward met eigenaardige ideeën of waarden. Opvattingen die hulpverleners als excentriek kunnen ervaren, passen misschien volmaakt bij de persoonlijke waarden en levensgeschiedenis van de persoon die er, mits niet gehinderd door een psychiatrische of neurologische aandoening, haar wilsbekwame beslissingen op baseert. Ook wanneer een cliënt het 'geloof' van een behandelaar in een onderzoek, diagnose of therapie niet even enthousiast deelt, kan dat nog steeds samengaan met wilsbekwaam beslissen. Uiteindelijk berusten ook de sterkste overtuigingen van behandelaars op feilbare en niet absoluut vaststaande wetenschap.

Onderzoek naar het vaststellen van wilsbekwaamheid kent zijn oorsprong in de psychiatrie, waar vooral Grisso en Appelbaum (1998) in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw belangrijk werk hebben verricht. Zij onderstreepten het belang van een functionele benadering: dat de beoordeling van wilsbekwaamheid afgestemd moet worden op de specifieke beslissing die aan de orde is en op de daarvoor benodigde specifieke vaardigheden. Om iemand te beoordelen als wilsbekwaam, moet er sprake zijn van een voldoende *goodness of fit* tussen de individuele capaciteiten van het individu en de eisen die de specifieke besluitvormingssituatie stelt. In de jaren daarna ontstond belangstelling voor dit onderwerp vanuit de ouderenzorg. Dit had er niet alleen mee te maken dat aandoeningen met cognitieve stoornissen toenamen met het ouder worden, maar ook met de veelheid aan complexe beslissingen waar ouderen mee te maken krijgen en de hinder die cognitieve stoornissen daarbij kunnen veroorzaken. De functionele benadering werd overgenomen en verder uitgewerkt voor toepassing bij dementie. Onderzoeksgroepen van Marson e.a. en Moye e.a. hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van dit vakgebied (Grisso & Appelbaum, 1998; Marson e.a., 2012; Moye e.a., 2013).

5.1 Interview- en vignetinstrumenten

De centrale vraag in het onderzoek naar wilsbekwaamheid is: hoe kan wilsbekwaamheid worden vastgesteld? De functionele benadering heeft ertoe geleid dat er verschillende instrumenten zijn ontwikkeld voor verschillende typen beslissingen, waaronder die over instemmen met medische behandeling, over deelname aan wetenschappelijk onderzoek, over het opstellen van een wilsverklaring, en financiële beslissingen. De juridische criteria zijn daarbij steeds leidend geweest: is Johan Visser nog in staat te begrijpen waar de behandeling over gaat? Kan hij de informatie lang genoeg onthouden om de voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen? Is hij in staat tot reflecteren op die informatie? Overziet hij wat de gevolgen zijn van wel en

niet behandelen? En: kan hij – uit vrije wil – tot een keuze komen? Deze criteria maken dat de aandacht in wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk vooral is uitgegaan naar het rationele beslissen.

Grofweg zijn er twee groepen instrumenten ontwikkeld om deze rationele besluitvorming te onderzoeken (voor een overzicht van instrumenten, zie Dunn e.a., 2006):

- instrumenten die een specifieke beslissing in het leven van de cliënt onderzoeken;
- instrumenten die de besluitvorming in een gestandaardiseerde maar fictieve situatie onderzoeken.

(Semi)gestructureerde interviews voor bestaande beslissingen

De instrumenten die een specifieke beslissing in het leven van de cliënt onderzoeken, zijn (semi)gestructureerde interviews: hiermee stelt men vast welke aspecten van besluitvorming de clinicus moet onderzoeken om te beoordelen of een cliënt in staat is tot rationele besluitvorming. Omdat de situaties waarover besloten moet worden, van cliënt tot cliënt en van situatie tot situatie verschillen, stellen deze methoden uitsluitend de lijnen vast voor de gespreksvoering. Dat maakt ze breed inzetbaar en de structuur draagt bij tot betere overeenstemming tussen verschillende beoordelaars. Dit is niet onbelangrijk vanwege de zeer matige overeenstemming wanneer professionals wilsbekwaamheid op eigen wijze onderzoeken en beoordelen. Deze instrumenten zijn ontwikkeld als handreiking voor de veelheid aan wilsbekwaamheidsvragen in de klinische praktijk. Juist die veelheid aan verschillende vragen maakt onderzoek naar de validiteit van deze methoden lastig.

Om meer zicht te krijgen op de waarde van deze instrumenten, is valideringsonderzoek verricht naar de toepassing van deze instrumenten bij een specifieke klinische – maar wel hypothetische – situatie. In die specifieke gestandaardiseerde situatie laat wetenschappelijk onderzoek een gunstige betrouwbaarheid en validiteit zien. Sommige instrumenten hebben scoringsleutels voor de kwaliteit van de antwoorden. (Zie voor een overzicht Lamont e.a., 2014.) Een gestructureerd interview kan scores opleveren voor de kwaliteit van de beslisvaardigheid. De validiteit van dergelijke scores is echter moeilijk vast te stellen, omdat er geen algemeen geldende gouden standaard voor wilsbekwaam beslissen is.

Vignetmethoden

Vignetmethoden zijn instrumenten die een gestandaardiseerde maar fictieve situatie onderzoeken: cliënten wordt gevraagd om zich voor te stellen dat een beschreven situatie op hen van toepassing is en worden daarna op gestandaardiseerde wijze bevraagd. In Nederland zijn verschillende vignetten ontwikkeld (Schmand e.a., 1999; Vellinga e.a., 2004). Bij het onderzoek mogen cliënten de schriftelijke informatie steeds erbij houden en raadplegen, om het effect van geheugenstoornissen op het onthouden van de informatie weg te nemen. Deze gestandaardiseerde methodiek maakt het mogelijk om besluitvaardigheid te onderzoeken in verschillende cliëntengroepen, en normale ouderen te vergelijken met ouderen met lichte en matige vormen van dementie of verschillende vormen van dementie. Veel aandacht is uitgegaan naar de relatie tussen besluitvaardigheid (voor deelname aan behandeling of deelname aan wetenschappelijk onderzoek) en specifieke cognitieve stoornissen (Dunn e.a., 2006; Palmer & Savla, 2007; Palmer e.a., 2013). Besluitvaardigheidsscores bleken sterk gerelateerd aan specifieke neuropsychologische tests, waarbij de verklaarde variantie soms opliep tot 50%. Toch zijn de auteurs kritisch over deze bevindingen, die volgens hen ook zouden kunnen voortkomen uit de interne structuur en de onderliggende concepten van de gehanteerde besluitvaardigheidsinstrumenten, waarbij sommige criteria veel uitgebreider onderzocht worden dan andere.

Gebruik van instrumentarium dat uitgaat van hypothetische situaties, kent nog een ander belangrijk kritiekpunt, dat merkwaardig genoeg weinig aandacht krijgt in de literatuur. In hoeverre weerspiegelt besluitvorming in hypothetische situaties de besluitvorming zoals die plaatsvindt in het leven van alledag, waarbij emoties en motivatie een andere rol spelen? Zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven laat verouderingsonderzoek zien dat ouderen beter beslissen als zij zich meer verbonden voelen met het onderwerp. Onderzoek van besluitvorming middels hypothetische situaties zou kunnen leiden tot onderschatting van iemands werkelijke besluitvaardigheid. Dit wordt inderdaad bevestigd in onderzoek bij mensen met dementie. De kwaliteit van de besluitvorming is duidelijk beter wanneer de beslissing op dat moment ook werkelijk aan de orde is dan wanneer het een 'alsof'-beslissing betreft. Gesteld voor een reële beslissing begrepen mensen met cognitieve stoornissen weliswaar minder van de gegeven uitleg en redeneerden zij iets minder adequaat dan mensen zonder cognitieve stoornissen. Zij gaven echter een vergelijkbare taxatie van de consequenties (Vellinga e.a., 2005). Het onderzoek van Vellinga e.a. laat zien dat de gevonden samenhang tussen enerzijds prestaties op neuropsychologische tests en anderzijds besluitvaardigheid over een hypothetische situatie niet zonder meer van toepassing is op situaties uit de klinische praktijk. Naar aanleiding van hun onderzoek pleiten zij voor beoordeling van iemands wilsbekwaamheid voor de kwestie die op dat moment werkelijk speelt, in plaats van beoordeling van een hypothetische situatie.

5.2 Complexiteit beoordelingsproces

Ook als een clinicus een (semi)gestructureerd interview gebruikt, zal deze uiteindelijk toch zelf moeten afwegen en verantwoorden of de ander in de onderhavige kwestie tot een wilsbekwame beslissing komt. Het uiteindelijke oordeel over wilsbekwaamheid blijft dus een interpretatie van de clinicus. Moye e.a. (2013) definiëren het oordeel over wilsbekwaamheid als:

'het professionele klinische oordeel over de vraag of een individu over de minimale vaardigheden beschikt om een specifieke beslissing te nemen.'

Opvallend is dat relatief weinig is geschreven over de wijze waarop dat klinische oordeel tot stand komt en welke factoren daarbij een rol spelen. Wel laat onderzoek zien dat zelfs bij gebruik van gestructureerdere methoden ervaren beoordelaars nog steeds vragen hebben over het concept wilsbekwaamheid (Kim e.a., 2011). Wat is precies de rol van het geheugen? Hoe lang moet iemand bijvoorbeeld informatie kunnen vasthouden in het geheugen om te kunnen spreken van wilsbekwame besluitvorming? Maakt het daarbij een verschil of de behandeling bestaat uit een eenmalige interventie of dat het gaat om langduriger behandeling die langduriger toestemming van de cliënt vereist? En wat betekent dat voor de ondersteuning die een clinicus mag, dan wel zou moeten bieden?

Qualls (2007) besteedt nadrukkelijk aandacht aan de complexiteit van dit beoordelingsproces en de veelheid aan factoren die daarbij een rol spelen. Zij benadrukt het belang om wilsbekwaamheidsbeoordelingen in de juiste context te plaatsen. Cultuur is een onderdeel van die context. Het volgende voorbeeld laat zien hoe belangrijk het is de invloed van cultuur te herkennen.

Geen gesprek mogelijk na CVA

Meneer Garcia, 62 jaar, wordt na een ernstig CVA opgenomen op een observatieafdeling van een verpleeghuis. Hij is afkomstig uit Zuid-Amerika, woont enkele jaren in Nederland en heeft volgens de huisarts recentelijk zijn enige zoon verloren door een ernstig ongeluk. Zijn zoon betekende alles voor hem en was ook zijn enige relatie in Nederland. Observaties tonen aan dat meneer Garcia een mutistische, in zichzelf teruggetrokken, ernstig hulpbehoevende man is. Na enkele weken met weinig verandering in zijn situatie ontstaat de vraag of meneer Garcia nog in staat is om mee te beslissen over zijn toekomst, of dat een mentor benoemd moet worden.

Niet alleen de arts, maar ook de verpleegkundigen, de logopedist en de psycholoog hebben geprobeerd met meneer Garcia in gesprek te raken, maar zonder succes. Niet duidelijk is hoe met hem in gesprek te komen, of het mutisme samenhangt met ernstige afasie of dat dit een heftige emotionele reactie is op het recente verlies van zijn zoon. Meneer Garcia maakt een in zichzelf gekeerde indruk, reageert niet op vragen, en zoekt geen oogcontact. Een depressie kan niet worden uitgesloten, maar behandeling ervan kan niet met hem worden besproken.

In het eerstvolgende multidisciplinaire overleg neemt een oudere verpleegkundige, net terug van vakantie, het woord. Ook zij komt uit Zuid-Amerika. Ze vertelt dat het in haar cultuur uiterst ongebruikelijk is voor een man om zijn zorgen te bespreken met zijn dochter of een andere vrouw van diezelfde leeftijd. Ze merkt op dat het multidisciplinaire team vooral uit jongere vrouwen bestaat en stelt voor dat zij op haar beurt contact met meneer Garcia gaat zoeken. Zij komt zowaar tot een inhoudsvol gesprek. Deze situatie laat zien hoe belangrijk het is kennis te hebben over de cultuur van deze cliënt. Zonder die kennis zou meneer Garcia op basis van zijn gedrag beschouwd zijn als wilsonbekwaam om over zijn toekomst te beslissen, terwijl zijn gedrag vooral een aanpassing aan zijn culturele waarden weerspiegelde en niets van doen had met de besluitvorming zelf.

Ook andere factoren kunnen de kwaliteit van besluitvaardigheid beïnvloeden, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld.

Ervaren druk en belemmerende cognities

Mevrouw Van den Berg, een 87-jarige weduwe, wordt opgenomen op een observatieafdeling. Ze is thuis gevallen en heeft een heupoperatie ondergaan, waarna zij delirant is geworden. Ook als het delier verbleekt, blijft zij ernstige cognitieve problemen houden, die bevestigd worden in onderzoek door de psycholoog. De huisarts meldt dat die problemen ook thuis al bestonden en dat hij signalen van verminderde zelfzorg heeft waargenomen. Hij heeft daarover een gesprek gehad met mevrouw Van den Berg en haar mantelzorger, een neef van mevrouw, maar beiden wilden niet weten van externe hulp, dagbehandeling of opname. Ook op de afdeling is haar neef veelvuldig aanwezig.

Gevraagd naar haar toekomst vertelt mevrouw Van den Berg dat zij naar huis wil, maar ze heeft moeite om dit te onderbouwen. De zorgmedewerkers en de psycholoog vragen zich af of dit het best passend is bij haar. Ze nemen waar dat ze soms een gespannen indruk maakt als haar neef op bezoek komt, en ook dat die twee onenigheid hebben: haar neef vindt dat ze lang genoeg opgenomen is geweest en dwingt haar om meer te oefenen met lopen, zodat ze snel naar huis kan. Dat roept de vraag op of de wens om terug te keren naar huis wel haar werkelijke wens is, of dat zij zich beïnvloed voelt door druk van haar neef. Het team gaat gericht observeren en neemt waar dat mevrouw Van den Berg actief contact zoekt met andere patiënten, dat ze geniet van de gezamenlijke maaltijden, en graag deelneemt aan het programma van de activiteitenbegeleiding. Dit, in combinatie met haar grote hulpbehoevendheid, maakt dat het team opname in het verpleeghuis zou willen overwegen.

De psycholoog gaat wederom in gesprek met mevrouw Van den Berg, maar nu op een moment dat haar

neef niet aanwezig is. Ze vertelt dat ze altijd een sociaal mens is geweest, dat ze ondernemend was, en een grote vriendenkring had, maar dat ze die allemaal heeft overleefd. Ze erkent dat ze geniet van het verblijf op de afdeling en dat ze graag zo zou wonen, maar dat ze dit niet durft te zeggen tegen haar neef die zoveel heeft gedaan voor haar.

In een gesprek met zowel mevrouw Van den Berg als haar neef komt naar voren dat hij de beste vriend was van haar man. Op het sterfbed van haar man zou haar neef hem beloofd hebben tot het eind toe voor zijn vrouw te zorgen. Hij is een verantwoordelijk mens en heeft die taak serieus opgevat. Op de vraag hoe hij dit volhoudt, raakt hij geëmotioneerd en vertelt dat het hem steeds zwaarder valt. Hij is zelf ook lichamelijk niet in orde en moet binnenkort voor een zware operatie worden opgenomen in het ziekenhuis. Vanaf dit moment lukt het de psycholoog om met hen beiden vooruit te kijken naar een toekomst die voor hen allebei passend is.

Deze casus laat zien dat besluitvorming door de cliënt beïnvloed kan worden door ervaren druk en cognities. Voor de hulpverleners die de wilsbekwaamheid moeten beoordelen, blijkt het belangrijk te zijn om naast een gesprek voeren over de kwestie zelf (al dan niet terug naar huis), ook onderzoek te doen naar cognitie, emotie en motivatie, evenals naar iemands normen en waarden, de observaties, en een vergelijking van het gedrag op de afdeling met het gedrag in de thuissituatie, en om therapeutische gespreksvoering te beheersen en kennis te hebben van systeemproblematiek. Juist deze complexiteit is wat Qualls (2007) benadrukt, evenals de noodzaak aandacht te hebben voor de veelheid van factoren die besluitvorming in het leven van alledag kunnen beïnvloeden. Het is vanuit deze optiek dat zij wijst op de specifieke expertise die psychologen op dit vlak hebben.

6 Taken psycholoog

De hulp van een psycholoog zal doorgaans worden ingeroepen bij ingewikkelde kwesties, bij een niet gemakkelijk oplosbaar verschil van mening tussen behandelaar en patiënt, of bij keuzes die sterke emotionele conflicten opleveren, al dan niet ten gevolge van systeemproblematiek. De psycholoog kan, vanwege diens expertise op verschillende vlakken, helpen om wilsbekwame beslissingen te bevorderen en indien nodig om zorgvuldig de wilsbekwaamheid te beoordelen.

6.1 Exploratie en psychodiagnostiek

Zoals eerder beschreven kunnen vele factoren bijdragen aan gedrag dat de vraag oproept of iemand wel wilsbekwaam is en zelf beslissingen kan nemen. Exploratie van die factoren is dus gewenst. Therapeutische gespreksvoering kan daaraan een zinvolle bijdrage leveren. Daarbij gaat het niet alleen om de inhoudelijke exploratie van relevante factoren die van invloed zijn. Juist bij ingewikkelde kwesties van wilsbekwaamheid is nadrukkelijke aandacht nodig voor de samenwerkingsrelatie met de cliënt, de eigen attitude (openheid, nieuwsgierigheid, uitgaan van wilsbekwaamheid) en de wijze van gespreksvoering, niet in de laatste plaats omdat cliënten het gevoel kunnen hebben dat zij onder druk staan om goed te presteren.

Psychodiagnostiek kan op verschillende manieren bijdragen bij kwesties van wilsbekwaamheid. Allereerst kan het stoomnissen in de cognitie, de emotie, de motivatie en de waarneming aan het licht brengen die kunnen bijdragen aan wilsbekwame besluitvorming. Afwezigheid van stoomnissen op dit vlak maakt wilsbekwaamheid minder waarschijnlijk. Kennis over spe-

cifieke stoornissen helpt om zicht te krijgen op besluitvorming en hoe daarbij te ondersteunen. Volgens de functionele benadering onderzoekt de psycholoog de vaardigheden die nodig zijn om tot een afgewogen beslissing te komen (BPS, 2006). Deze vaardigheden zijn: een keuze kenbaar maken, de informatie begrijpen die van belang is voor een beslissing, deze informatie betrekken op de eigen situatie, zich bewust zijn van de mogelijkheid om anders te beslissen, en inzicht hebben in de gevolgen van de ene en van de andere beslissing voor zichzelf en voor anderen.

Kiezen, begrijpen, waarderen en afwegen veronderstellen cognitieve vaardigheden en een emotionele balans die met behulp van psychologisch onderzoek nader kunnen worden onderzocht (Welie, 2008; Wood, 2007). De psycholoog beschikt over instrumenten voor onderzoek van de diverse functiedomeinen die bij wilsbekwaamheid betrokken zijn. Denk aan emotie en sociale cognitie, geheugen, taal, aandacht en executieve functies (Kessels e.a., 2012).

Een onderdeel van psychologisch onderzoek is ook de observatie van gedrag in alledaagse situaties. Daarvoor kunnen anderen die de onderzochte goed kennen, worden geraadpleegd. Uit het dagelijkse functioneren kan duidelijk worden hoe iemand in de praktijk beslissingen neemt. Past een beslissing bij zijn capaciteiten; zijn er misschien ernstige nadelen voor de persoon zelf of voor anderen; zijn de keuzes te verklaren vanuit de persoonlijke levensgeschiedenis? Er kunnen discrepanties tussen observaties en testresultaten aan het licht komen. De onderzochte cliënt maakt misschien geen sterke indruk als het aankomt op logisch redeneren, maar kan in het dagelijks leven een normale praktische intelligentie laten zien. Er is verschil tussen theoretische en praktische kennis (Goldberg, 2006).

'Als het je aan theoretische kennis ontbreekt, ben je onwetend, maar als het je aan praktische kennis ontbreekt, ontbreekt het je aan het vermogen dingen te doen en ben je dus niet in staat op autonome wijze te bepalen wat het beste voor je is' (Janik, 2014).

Praktisch inzicht in wat in een gegeven keuzesituatie geboden is en daarnaar ook kunnen handelen, kan voor conclusies over wilsbekwaamheid een groter gewicht in de schaal leggen dan de uitslag op cognitieve tests (Quickel & Demakis, 2012; Widdershoven & Berghmans, 2004). De volgende casus illustreert hoe psychodiagnostiek kan bijdragen aan wilsbekwame besluitvorming.

Besluitvorming en verlieservaringen

De 75-jarige Hans Akkerman liep anderhalf jaar geleden door een auto-ongeluk een frontale hersenbeschadiging op. Hij veranderde van een actieve, vriendelijke man in iemand die weinig meer onderneemt, hulpbehoevend is en onverwacht heel agressief kan zijn. Zijn vrouw, die zelf niet fit is, kan de zorg voor hem niet langer aan en overweegt te besluiten dat hij wordt opgenomen in een verpleeghuis. Pogingen om hem te betrekken bij deze beslissing lopen uit op heftige woedeaanvallen waardoor zij het onderwerp niet meer durft aan te roeren. Dit alles stemt haar erg verdrietig, vooral omdat zij beiden voorheen altijd goed hebben kunnen praten en beslissingen samen namen.

Op aanraden van de huisarts wordt Hans verwezen naar een psychogeriatrisch centrum met de vraag of hij nog in staat is op zinvolle wijze mee te denken over zijn toekomst. Psychologisch onderzoek levert aanwijzingen op voor ernstige executieve-functiestoornissen. Hans ontplooit geen initiatieven en maakt geen plannen, of werkt ze niet uit. Zijn emoties wisselen sterk.

Uit gesprekken blijkt dat hij verschillende verlieservaringen heeft meegemaakt: als 9-jarige verloor hij zijn ouders door een ongeluk. Zijn grootouders, die hem daarna hebben opgevoed, zijn beiden overleden voor zijn 17e jaar. De gedachte aan een nieuwe verlieservaring, namelijk gescheiden leven van zijn vrouw, roept een zodanig hevige emotie op dat een gesprek daarover niet goed mogelijk is. Met behulp van korte en sterk gestructureerde psychotherapeutische gesprekken lukt het de lading weg te nemen van eerdere verlieservaringen en te spreken over de situatie thuis. Hans begint in te zien dat gescheiden leven waarschijnlijk de enige mogelijkheid is om het contact met zijn vrouw te behouden. Uiteindelijk stemt hij in met verhuizing naar een verpleeghuis vlak bij de echtelijke woning. Hoewel de cognitieve stoornissen het lastig maakten voor Hans om zonder hulp van anderen zijn situatie en de gevolgen daarvan te overzien, werd zijn besluitvorming vooral gehinderd door zijn emotionele reactie.

6.2 Helpen beslissen, therapeutische invalshoek

Ook in situaties waarin een formeel onderzoek van wilsbekwaamheid niet aan de orde is, kan hulp aangewezen zijn bij ingewikkelde keuzes met belangrijke gevolgen. Toegerust met kennis van besluitvormingsprocessen kan de psycholoog anderen helpen. Hulpverleners kunnen wilsbekwame beslissingen bevorderen door zich in samenspraak met een cliënt te verdiepen in diens overwegingen, motieven en overtuigingen. De cliënt wordt uitgenodigd te spreken over de beslissing, de dilemma's en de daarmee gepaard gaande gevoelens. Voor ouderen zijn zelfstandigheid, bewegingsvrijheid, privacy, onderzoek en behandeling bij ziekte, kiezen hoe je wil wonen, met wie je omgaat of een relatie aangaat, en kunnen beschikken over eigen financiële middelen belangrijke en affectief beladen onderwerpen om over na te denken en een mening over te vormen.

De Amerikaanse chirurg Atul Gawande adviseert zijn collega's om patiënten die in hun laatste levensfase ernstig ziek zijn, de volgende vragen te stellen.

- Wat vindt u van uw huidige gezondheidssituatie?
- Wat zijn uw doelen gegeven deze situatie?
- Als u kijkt naar de tijd die voor u ligt, wat is voor u dan het belangrijkste?
- Wat is uw grootste zorg, grootste angst?
- Tot welke compromissen bent u bereid?

Dergelijke vragen kunnen in de loop van het zorgproces telkens weer aan de orde komen, omdat de antwoorden per situatie kunnen wisselen (Gawande, 2014). Oudere mensen hebben in hun leven vaker voor lastige dilemma's gestaan. Het is goed om ouderen te vragen hoe zij die hebben opgelost of hoe zij vrienden en familieleden zouden adviseren wanneer die voor een vergelijkbare keuze zouden staan. In het gesprek wordt een dilemma soms opnieuw gedefinieerd waardoor iemand beter in staat is een autonome beslissing te nemen.

Ongeschikt versus verantwoordelijk

Bij de heer Bakker, 76 jaar, is eerder de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Zijn echtgenote vindt het onverantwoord dat hij nog zelf een auto bestuurt en heeft daar goede redenen voor. Zij kan hem echter niet zover krijgen dat hij het autorijden opgeeft, omdat hij ervan overtuigd is dat hij veilig rijdt.

De psycholoog van de dagbehandeling die meneer Bakker bezoekt, stelt de kwestie aan de orde. De invalshoek van het gesprek is niet meneer Bakkers ongeschiktheid om een auto te besturen, maar hoe hij een 'verantwoordelijk echtgenoot' kan zijn door te beslissen de auto voortaan door zijn vrouw te laten besturen. Het dilemma wordt dus anders gedefinieerd: van 'inzicht in onvermogen' tot 'verantwoordelijkheid nemen voor een belangrijke beslissing'.

De gesprekken hierover verlopen succesvol en worden afgerond met een schriftelijke overeenkomst (meneer Bakker is jurist) waarin staat dat meneer Bakker het besturen van zijn auto overlaat aan zijn echtgenote, dat hij zich naast haar volkomen veilig en op zijn gemak voelt, dat hem is geadviseerd niet zelf meer achter het stuur van de auto plaats te nemen, en dat zijn verantwoordelijkheidsgevoel hem zal helpen dit advies na te leven. Hij neemt de overeenkomst in tweevoud in ontvangst met de toezegging dat hij één exemplaar zal overhandigen aan zijn vrouw. Later horen wij van zijn echtgenote dat het inderdaad zo is gegaan en dat zij in voorkomende gevallen alleen maar hoeft te herinneren aan het 'contract' om hem ermee te laten instemmen dat zij de auto bestuurt.

Gesprekken over moeilijke beslissingen hebben steeds tot doel dat patiënten binnen hun mogelijkheden controle behouden en hun zelfrespect bewaren.

Versterking van controle en zelfrespect

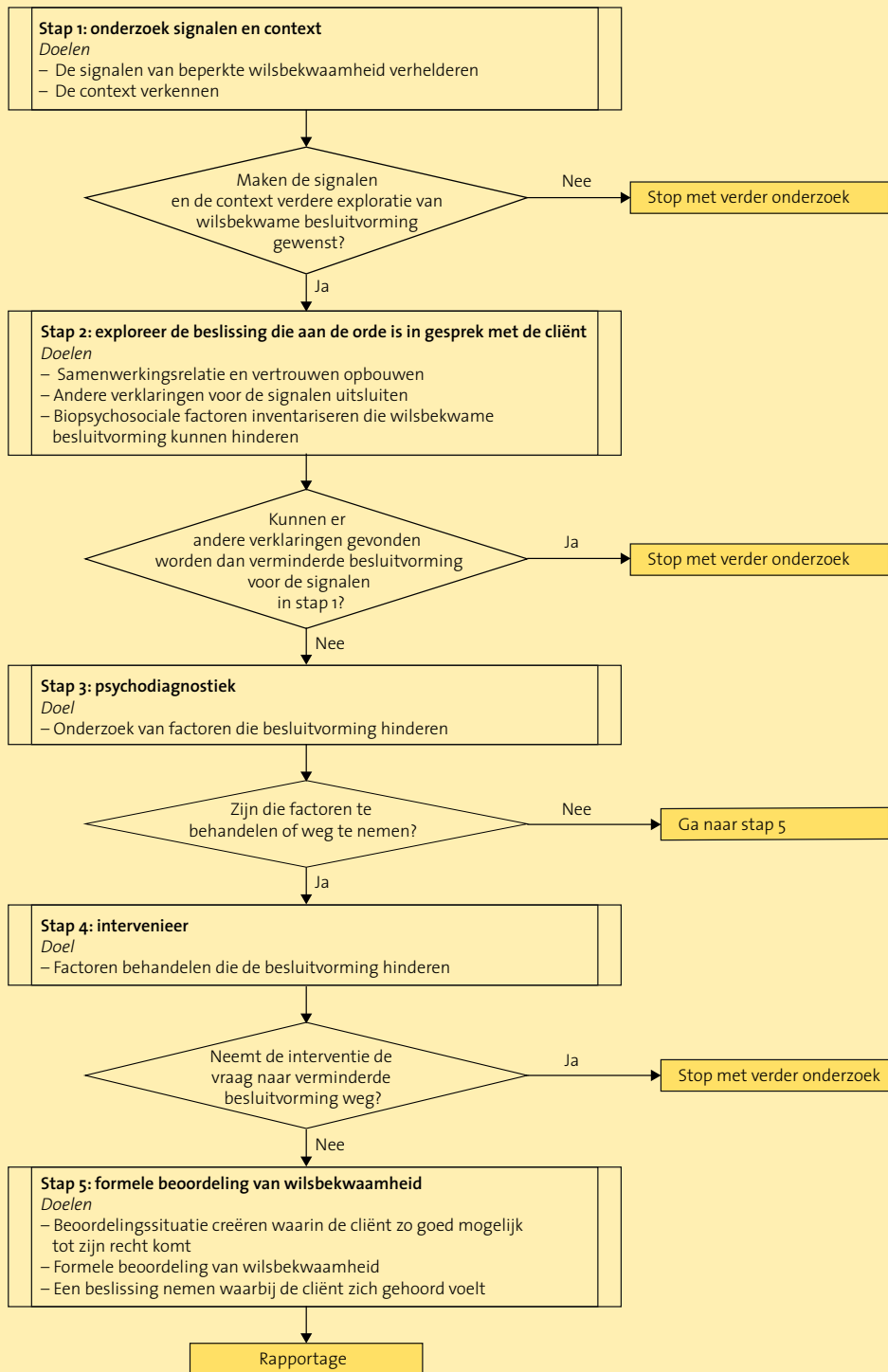
Mevrouw De Bruin, 79 jaar, bezoekt sinds het overlijden van haar echtgenoot een psychogeriatrische dagbehandeling. Zij is onlangs verhuisd naar een verzorgingshuis. Ze vindt het er vreselijk en zou het liefst zo snel mogelijk terug willen naar haar oude huis. De kinderen staan echter op het punt het huis te verkopen: 'Om de weg terug definitief af te sluiten en moeder des te sneller te laten wennen aan haar verblijf in het verzorgingshuis'. Maar het omgekeerde gebeurt: mevrouw De Bruin dreigt dat zij zichzelf iets zal aandoen wanneer het huis wordt verkocht.

In een gesprek geeft de psycholoog mevrouw De Bruin alle gelegenheid om haar emoties te uiten: het verdriet om het verlies van de vertrouwde woning en de angst dat het haar niet zal lukken om contact te leggen met de bewoners van de zorginstelling. Ook bespreken zij haar rechten. Haar huis kan zonder haar instemming niet verkocht worden. Zij heeft dus nog tijd om te bezien of zij werkelijk terug wil naar het oude huis: ze hoeft dat niet op stel en sprong te beslissen. Dit geeft mevrouw De Bruin een gevoel van controle. Zij kalmeert en neemt zich voor om de komende week een afspraak te maken met de maatschappelijk werkende van het verzorgingshuis om met haar te bespreken hoe zij haar dagen kan invullen en met andere bewoners contact kan leggen. Ook zal zij haar kinderen vertellen dat het voor haar belangrijk is dat het ouderlijk huis voorlopig niet wordt verkocht.

Een maand later laat mevrouw De Bruin weten dat het besluit om te verhuizen 'toch wel goed is geweest'. Ze heeft nu wat ze eerder niet had: garantie op verzorging, en 'onder de mensen zijn'.

6.3 Formele beoordeling

Voor een formeel onderzoek van wilsbekwaamheid is een duidelijke aanleiding vereist, en hulpverleners zullen er niet al te lichtvaardig toe overgaan. Formele beoordeling is pas aan de orde als er voldoende aanleiding is om wilsbekwaamheid formeel te onderzoeken, als de voordelen van zo'n onderzoek opwegen tegen de nadelen, en als er ook met gerichte ondersteuning geen gemeenschappelijk gedragen en verantwoordelijke beslissing haalbaar is. Dit vraagt om een gefaseerde aanpak bij hulpvragen over wilsbekwaamheid. Op basis van actuele wetenschappelijke literatuur en klinische ervaring hebben we een stappenplan opgesteld voor psychologen dat nuttig kan zijn om zorgvuldig te werk te gaan bij wilsbekwaamheidsvragen. Figuur 11.1 toont een beknopte versie van dit stappenplan; de uitgebreide versie is terug te vinden op de website van dit handboek.

Figuur 11.1 Stappenplan voor psychologen bij wilsbekwaamheidsvragen


6.4 Verlichting van emotionele gevolgen

Sabat (2005) onderstreept dat het belangrijk is oog te houden voor wat het betekent voor een individu om beoordeeld te worden als wilsonbekwaam. Wanneer iemand tegen zijn zin het rijbewijs is ontnomen, of iemand tegen zijn zin is verhuisd naar een verpleeghuis, kunnen gevoelens van woede, frustratie, angst of somberheid ontstaan, ook als sprake is van ernstige cognitieve achteruitgang. Sabat is een van de weinigen die aandacht vraagt voor de emotionele gevolgen van formeel onderzoek naar wilsbekwaamheid:

'The person should be approached and treated as one who has incurred a loss of significant meaning.'

Psychologen kunnen hieraan met hun deskundigheid op het gebied van rouw en verliesverwerking een bijdrage leveren.

7 Tot besluit

Voor de beoordeling van wilsbekwaamheid zijn hulpverleners in hun eigen vakgebied zelfstandig verantwoordelijk. Wilsbekwaamheid is geen absolute eigenschap. Bij de beoordeling tellen de aard en de complexiteit van de specifieke beslissing mee. Dementie maakt iemand niet per definitie wilsonbekwaam. Onderzoek van wilsbekwaamheid is in de ideale vorm een proces waarin de hulpverlener in gesprek gaat met de cliënt en desgewenst met diens belangrijkste naasten. Het onderwerp van dit gesprek zijn de gedachten, de gevoelens, de waarden en de behoeften die met de beslissing samenhangen. Psychologische interventies op basis van wetenschappelijke kennis over menselijke besluitvorming, cognitie en emotie kunnen wilsbekwame beslissingen helpen bevorderen.

Nog maar recentelijk is er in de gerontologie en psychogeriatric wetenschappelijke aandacht voor specifieke determinanten van het proces van besluitvorming bij oudere volwassenen en mensen met dementie. Het is dan ook van belang de ontwikkelingen op dit gebied te blijven volgen. Duidelijk is dat er voor psychologen in de ouderenzorg veelzijdige taken zijn weggelegd bij de ondersteuning van wilsbekwame beslissingen en bij een eventuele beoordeling van wilsbekwaamheid.

Literatuur

- Akerboom, C.P.M., Dute, J.C.J., Gevers, J.K.M., Nys, H., Winter, H.B., & Woestenburger, N.O.M. (2011). *Thematische wetsevaluatie. Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging*. Den Haag: ZonMw.
- APA-ABA. (2008). *Assessment of older adults with diminished capacity: A handbook for psychologists*. Washington: The American Bar Association and the American Psychological Association.
- Banner, N.F. (2012). Unreasonable reasons: Normative judgements in the assessment of mental capacity. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 1038-1044.
- Bol, N., Smets, E.M.A., Eddes, E.H., Haes, J.C.J.M. de, Loos, E.F., & Weert, J.C.M. van. (2015). Illustrations enhance older colorectal cancer patients' website satisfaction and recall of online cancer information. *European Journal of Cancer Care*, 24, 213-223.

- BPS. (2006). *Assessment of capacity in adults: Interim guidance for psychologists*. Leicester: The British Psychological Society, Professional Practice Board Assessment of Capacity Guidelines Group. Available from: <http://www.neurofamilymatters.co.uk/docs/bps-capacity-guidance.pdf>.
- Carstensen, L.L., & Mikels, J.A. (2015). At the intersection of emotion and cognition. *Current directions in psychological science*, 14, 117-121.
- Coverdale, J., McCullough, L.B., Molinari, V., & Workman, R. (2006). Ethically justified clinical strategies for promoting geriatric assent. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 151-157.
- DCA. (2007). *Mental Capacity Act 2005: Code of Practice*. Londen: Department of Constitutional Affairs.
- Doorn, N. (2009). *Wilsbekwaamheid*. Amsterdam: Boom.
- Dunn, L.B., Nowrangi, M.A., Palmer, B.W., Jeste, D.V., & Saks, E.R. (2006). Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1323-1334.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., e.a. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 1361-1367.
- Epstein, R.M., & Peters, E. (2009). Beyond information: Exploring patients' preferences. *JAMA*, 302, 195-197.
- Gawande, A. (2014). *Being mortal: Illness, medicine, and what matters in the end*. Londen: Wellcome Collection.
- Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden. (2014). Psychiaterverklaring wilsbekwaamheid opeisbaar bij zwaarwegend belang [rechterlijke uitspraak]. ECLI:NL:GHARL:2014:8078. Raadpleegbaar via: <http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHARL:2014:8078>.
- Goldberg, E. (2006). *The wisdom paradox*. New York: Gotham Books.
- Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1998). *Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals*. New York: Oxford University Press.
- Hertogh, C.M.P.M. (2010). *De senectute: Ethiek en kwetsbaarheid*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Hertogh, C., Hendriks, A., & Verkerk, M. (2014). *Ethische dilemma's in de ouderengeneeskunde*. Assen: Van Gorcum.
- Janik, A. (2014). De domheid te lijf. *Nexus*, 67, 99-103.
- Jennekens, F. G. I., & Jennekens-Schinkel, A. (2005). De dementerende persoon, het testament en de notaris. *Weekblad voor Privaatrecht, Notarieel recht en Registratie*, 6630, 595-599.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kessels, R., Eling, P., Ponds, R., Spikman, J., & Zandvoort, M. van. (2012). *Klinische neuropsychologie*. Amsterdam: Boom.
- Kim, S.Y.H., Appelbaum, P.S., Kim, H.M., Wall, I.F., Bourgeois, J.A., Frankel, B., e.a. (2011). Variability of judgments of capacity: experience of capacity evaluators in a study of research consent capacity. *Psychosomatics*, 52, 346-353.
- KNB. (2006). *Stappenplan Beoordeling Wilsbekwaamheid ten behoeve van notariële dienstverlening*. Den Haag: Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie.
- KNMG. (2004). *Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO*. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- Kooke, P. (2007). *Ik laat je nooit in de steek: Hoe mijn vader alzheimer kreeg en veranderde van patiënt in prooi*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam Uitgevers.
- Lamont, S., Jeon, Y., & Chiarella, M. (2013a). Assessing patient capacity to consent to treatment: An integrative review of instruments and tools. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2387-2403.

- Lamont, S., Jeon, Y., & Chiarella, M. (2013b). Health-care professionals' knowledge, attitudes and behaviours relating to patient capacity to consent to treatment: An integrative review. *Nursing Ethics, 20*, 684-707.
- Löckenhoff, C.E., & Carstensen, L.L. (2007). Aging, emotion, and health-related decision strategies: Motivational manipulations can reduce age differences. *Psychology and Aging, 22*, 134-146.
- Marson, D., Hebert, T., & Solomon, A. (2012). Civil competencies in older adults with dementia: Medical decision-making capacity, financial capacity, and testamentary capacity. In G.J. Larrabee (Ed.), *Forensic neuropsychology: A scientific approach* (pp. 401-437). New York: Oxford University Press.
- Mather, M., & Carstensen, L.L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences, 9*, 496-502.
- Mills, W.L., Regev, T., Kunik, M.E., Wilson, N.L., McCullough, L.B., & Naik, A. D. (2014). Making and executing decisions for safe and independent living (MED-SAIL): Development and validation of a brief screening tool. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 22*, 285-293.
- Ministerie van Justitie. (1994). *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*. Den Haag: ministerie van Justitie.
- Ministerie van Justitie. (2007). *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*. Den Haag: ministerie van Justitie.
- Molinari, V., McCullough, L.B., Coverdale, J.H., & Workman, R. (2006). Principles and practice of geriatric assent. *Aging and Mental Health, 10*, 48-54.
- Moye, J., Marson, D. C., & Edelstein, B. (2013). Assessment of capacity in an aging society. *American Psychologist, 68*, 158-171.
- NIP. (2015). *Beroepscode voor psychologen 2015*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Psychologen.
- NVVA. (2008). *Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag: Een handreiking voor verpleeghuisartsen en sociaal geriaters*. Utrecht: NVVA Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters.
- Palmer, B.W., Ryan, K.A., Kim, H.M., Karlawish, J.H., Appelbaum, P.S., & Kim, S.Y.H. (2013). Neuropsychological correlates of capacity determinations in Alzheimer's disease: Implications for assessment. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 1-12.
- Palmer, B.W., & Savla, G.N. (2007). The association of specific neuropsychological deficits with capacity to consent to research or treatment. *Journal of the International Neuropsychological Society, 13*, 1047-1059.
- Peisah, C., Luxenberg, J., Liptzin, B., Wand, A.P., Shulman, K., & Finkel, S. (2014). Deathbed wills: Assessing testamentary capacity in the dying patient. *International Psychogeriatrics, 26*, 209-216.
- Peters, E. (2008). Numeracy and the perception and communication of risk. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1128*, 1-7.
- Qualls, S.H. (2007). Hopes for an empirical base for clinical practice. Commentary on 'Assessment of decision-making capacity in older adults'. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 62B*, 16-17.
- Quickel, J. W., & Demakis, G. J. (2012). The Independent Living Scales in civil competency evaluations: Initial findings and prediction of competency adjudication. *Law and Human Behavior, 37*, 155-162.
- Reamy, A.M., Kim, K., Zarit, S.H., & Whitlatch, C.J. (2011). Understanding discrepancy in perceptions of values: individuals with mild to moderate dementia and their family caregivers. *Gerontologist, 51*, 473-483.
- Reamy, A.M., Kim, K., Zarit, S.H., & Whitlatch, C.J. (2012). Values and preferences of individuals with dementia: perceptions of family caregivers over time. *Gerontologist, 53*, 293-302.
- Sabat, S.R. (2005). Capacity for decision-making in Alzheimer's disease: selfhood, positioning and semiotic people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 1030-1035.

- Schmand, B., Gouwenberg, B., Smit, J.H., & Jonker, C. (1999). Assessment of mental competency in community-dwelling elderly. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 13, 80-87.
- Touwen, D. (2008). *Voor een ander: Beslissingsverantwoordelijkheden in de verpleeghuisgeneeskunde*. Amsterdam: Aksant.
- Vellinga, A., Smit, J. H., Leeuwen, E. van, Tilburg, W. van, & Jonker, C. (2004). Competence to consent to treatment of geriatric patients: judgements of physicians, family members and the vignette method. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 645-654.
- Vellinga, A., Smit, J.H., Leeuwen, E. van, Tilburg, W. van, & Jonker, C. (2005). Decision-making capacity of elderly patients assessed through the vignette method: imagination or reality? *Aging and Mental Health*, 9, 40-48.
- Welie, S.P.K. (2008). *Criteria for assessment of patient competence: A conceptual analysis from the legal, psychological and ethical perspectives*. Dissertation, Maastricht University.
- Welie, S.P.K., Dute, J., Nys, H., & Wijmen, F.C.B. van. (2005). Patient incompetence and substitute decision-making: An analysis of the role of the health care professional in Dutch law. *Health Policy*, 73, 21-40.
- Widdershoven, G.A.M., & Berghmans, R.L.P. (2004). Wilsbekwaamheid in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 30, 166-180.
- Wood, S. (2007). The role of neuropsychological assessment in capacity evaluations. In S.H. Qualls & M.A. Smyer (Eds.), *Changes in decision-making capacity in older adults* (pp. 191-204). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Wood, S., & Tanius, B.E. (2007). Impact of dementia on decision-making abilities. In S.H. Qualls & M.A. Smyer (Eds.), *Changes in decision-making capacity in older adults* (pp. 91-106). Hoboken: John Wiley & Sons.