

Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid

(voor de hulpverlener)

licht gewijzigde versie: januari 2007

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING 5

Aanleiding tot het instellen van de werkgroep 5

Aanpak van de werkgroep 6

Terminologie 7

2. CONTEXT VAN EN UITGANGSPUNTEN BIJ DE BEOORDELING VAN WILSBEKWAAMHEID 8

Informed consent 8

Wettelijk criterium wilsonbekwaamheid 8

Vooronderstelling van wilsbekwaamheid 8

Geïndividualiseerde toetsing gericht op concrete beslissing 8

Beoordeling primair gericht op besluitvormingsvermogen en niet op uitkomst beslissing 9

Tijdelijke wilsonbekwaamheid 10

Partiële wilsonbekwaamheid 10

3. ENIGE HANDREIKINGEN 11

Samenhangende begrippen 11

Cumulatieve elementen 12

Aard van de gezondheidstoestand 12

Aard, doel en gevolgen van het voorgestelde onderzoek of de behandeling en van de alternatieven 13

Wanneer bestaat aanleiding wilsbekwaamheid te beoordelen? 14

Wie beoordeelt wilsbekwaamheid? 14

Invloed wijze van informatieverschaffing 15

Hoe blijkt dat de patiënt de informatie begrepen heeft? 16

Verzet van de wilsonbekwame patiënt tegen een verrichting van ingrijpende aard waarvoor de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven 17

Toetsing en verslaglegging 17

Beslissingen in aangelegenheden van materiële aard 18

4. CASUSPOSITIES 19

Casus psychiatrie 19

Casus psychogeriatric 20

Casus verstandelijk gehandicapten 23

5. SAMENVATTING 27

BIJLAGE I: JURIDISCH KADER 30

Wet omtrent de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling 30

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen 30

Wet inzake mentorschap ten behoeve van meerderjarigen 32

Curatele 33

Onderbewindstelling ter bescherming van meerderjarigen 33

Het maken van een testament 33

Wet op de orgaandonatie 33

Wet medisch – wetenschappelijk onderzoek met mensen 34

BIJLAGE II: ENIGE LITERATUUR 35

BIJLAGE III: SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP 36

1. INLEIDING

Aanleiding tot het instellen van de werkgroep

Een belangrijk uitgangspunt bij de behandeling en bejegening van mensen met een geestelijke stoornis of verstandelijke handicap is dat hun autonomie (de bevoegdheid zelf te beslissen) niet als weggevallen mag worden beschouwd, en dat daarom zoveel mogelijk van die autonomie moet worden uitgegaan. Dit betekent dat ondanks de aanwezigheid van een stoornis of handicap getracht moet worden in overleg met de patiënt tot een bewuste en weloverwogen keuze te komen ten aanzien van onderzoek en/of behandeling.

In diverse wetten (bijvoorbeeld de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, de Wet omtrent de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling en die omtrent het mentorschap ten behoeve van meerderjarigen, maar bij voorbeeld ook in de Wet op de orgaandonatie) is sprake van bekwaamheid indien en voor zover de patiënt in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. Dit vermogen om de eigen belangen redelijk te waarderen wordt veelal met de term 'wilsbekwaamheid' aangeduid.

Het beoordelen of een persoon wilsbekwaam kan worden geacht, is niet nieuw. Zo'n beoordeling vindt al regelmatig plaats, bij voorbeeld in het kader van de curatele.

Bij de parlementaire behandeling van een aantal van bovengenoemde wetten en wetsvoorstellen is naar voren gekomen dat in de praktijk behoefte bestaat aan een meer praktische handleiding voor de hulpverlener, waarin wordt aangegeven op welke wijze kan worden bepaald of en in hoeverre iemand in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. Op verzoek van de toenmalige Minister van Justitie en Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft een werkgroep zich gebogen over de vraag of een leidraad kan worden ontwikkeld die bij een dergelijke bepaling behulpzaam kan zijn.

Aanpak van de werkgroep

De werkgroep heeft ernaar gestreefd aan diegenen die in de praktijk voor een beoordeling van wilsbekwaamheid komen te staan, houvast te bieden in de vorm van enige handreikingen. Gelet op de huidige stand van de discussie over dit onderwerp moet hiermee worden volstaan. De werkgroep heeft zich vooral gericht op die sectoren waar de hulpverlener er in het algemeen alert op moet zijn of en zo ja, in hoeverre de patiënt wilsbekwaam is. Dit zijn de psychiatrie, de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten.

Bij het formuleren van de handreikingen heeft de werkgroep als uitgangspunt genomen dat bij de hulpverlening aan patiënten een goede zorg moet worden betracht, waarbij de autonomie van de patiënt zoveel mogelijk wordt gerespecteerd. Gelet op de soms ingrijpende consequenties van de beslissing dat iemand wilsbekwaam moet worden geacht (de patiënt kan dan immers de hem toekomende rechten niet zelf uitoefenen), dient de beoordeling van iemands bekwaamheid naar de mening van de werkgroep zorgvuldig te geschieden.

In het navolgende wordt eerst ingegaan op de context van en de uitgangspunten bij de beoordeling van wilsbekwaamheid. Vervolgens worden enige elementen beschreven waaraan naar de mening van de werkgroep bij de beoordeling van wilsbekwaamheid aandacht moet worden besteed. Daarbij zijn ter illustratie van de wijze waarop de rechter in concrete situaties met het vraagstuk omgaat, enkele rechterlijke uitspraken in cursief opgenomen. De twee gedeelten worden gevolgd door drie casusposities, waarin voor elk van de drie categorieën patiënten (psychiatrie, psychogeriatric, verstandelijk gehandicapten) wordt geïllustreerd op welke wijze de genoemde elementen bij de beoordeling van wilsbekwaamheid een rol (kunnen) spelen. Na de samenvatting volgen ten slotte drie bijlagen.

In de eerste bijlage wordt het juridisch kader geschetst waarin de wilsbekwaamheid aan de orde kan komen.

Dit geschiedt aan de hand van een korte beschrijving van de desbetreffende wetten en wetsvoorstellen. De tweede bijlage vermeldt enige literatuur over wilsbekwaamheid. De samenstelling van de werkgroep is vermeld in de derde bijlage.

Terminologie

De vraag of een patiënt wilsbekwaam is, speelt zoals gezegd met name een rol bij psychiatrische en psychogeriatrische patiënten en bij verstandelijk gehandicapten. In deze handreiking worden kortheidshalve de personen van wie de bekwaamheid moet worden beoordeeld, steeds met de term 'patiënten' aangeduid, hoewel in de verschillende sectoren vaak gesproken wordt van 'cliënten' dan wel van 'bewoners'.

Het vermogen van een patiënt om op basis van voldoende informatie een beslissing te nemen over een onderzoek of een behandeling, wordt doorgaans aangeduid met de term 'wilsbekwaamheid'. Ook 'beslisvaardigheid' en 'competentie' komen voor. De term 'wilsbekwaamheid' wordt gehanteerd, omdat deze thans de gangbare is.

De handreiking richt zich primair op de bekwaamheid om beslissingen in aangelegenheden van immateriële aard te nemen. Dit kunnen beslissingen over onderzoek, verzorging, verpleging, behandeling of begeleiding zijn. Kortheidshalve worden deze beslissingen steeds 'behandelingsbeslissingen' genoemd.

Hetgeen wordt opgemerkt over het beoordelen van de bekwaamheid om behandelingsbeslissingen te nemen, geldt in beginsel ook voor andere aangelegenheden dan het al dan niet toestemmen in een behandeling, zoals het inzien van een dossier (te denken valt bij voorbeeld aan personen die daartoe feitelijk niet in staat zijn) of het starten van een gerechtelijke procedure.

2. CONTEXT VAN EN UITGANGSPUNTEN BIJ DE BEOORDELING VAN WILSBEKWAAMHEID

Informeel consent

Voor het verrichten van een onderzoek of behandeling is het 'informed consent' van de patiënt vereist. Dit betekent dat de toestemming van de patiënt moet zijn gebaseerd op voldoende, door de hulpverlener verstrekte informatie over het onderzoek of de behandeling. De toestemming moet vrijwillig zijn verleend door een daartoe bekwaame patiënt. Het vereiste van informed consent geeft uiting aan het beginsel van autonomie en is als zodanig van fundamentele betekenis voor de positie van de patiënt. Met het stellen van (feitelijke) grenzen aan het aan de patiënt toekomende recht om toestemming te geven op de grond dat deze wilsonbekwaam is, moet men dan ook terughoudend zijn.

Wettelijk criterium wilsonbekwaamheid

Volgens diverse wetten en wetsvoorstellen (zie bijlage I) is sprake van wilsonbekwaamheid wanneer de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. Een ander wettelijk criterium is dat een persoon als gevolg van een geestelijke stoornis, al dan niet met tussenpozen, niet in staat is of bemoeilijkt wordt zijn belangen behoorlijk waar te nemen (curatele).

Vooronderstelling van wilsbekwaamheid

Het vereiste van informed consent geldt voor de patiënt die wilsbekwaam is. Eenieder wordt voor bekwaam gehouden, totdat het tegendeel komt vast te staan (vooronderstelling van bekwaamheid). De hulpverlener beoordeelt bij een behandelingsbeslissing de bekwaamheid van de patiënt in veel gevallen impliciet. Er dient een duidelijke aanleiding te zijn om de bekwaamheid expliciet te beoordelen.

Geïndividualiseerde toetsing gericht op concrete beslissing

In een aantal gevallen (bij voorbeeld bewusteloze, comateuze of diep demente patiënten) ligt het oordeel dat betrokkene wilsonbekwaam is voor de hand. In vele andere gevallen, waarbij valt te denken aan psychiatrische patiënten, patiënten met (beginnende) dementie en verstandelijk gehandicapten, is voor een categorische benadering geen ruimte. In deze gevallen dient de impliciete dan wel expliciete beoordeling van wilsbekwaamheid altijd een toetsing van de bekwaamheid van de individuele patiënt ten aanzien van een concrete beslissing of aangelegenheid te zijn.

In een strafrechtelijke procedure tegen twee artsen die een psychiatrische patiënte hulp bij zelfdoding hebben verleend, komt, in het kader van de terzake geldende zorgvuldigheidseisen (waaronder: een vrijwillig en weloverwogen verzoek), onder meer de vraag naar de wilsbekwaamheid van de patiënte aan de orde. Het Gerechtshof zegt hierover in hoger beroep: 'Van psychiatrische patiënten kan in zijn algemeenheid niet worden gezegd dat zij niet in staat zijn hun wil te vormen en te uiten. Dit geldt ook voor een verzoek om hulp bij zelfdoding. Bij de beoordeling van een dergelijk verzoek door de arts tot wie het verzoek is gericht, is echter grote behoedzaamheid en terughoudendheid geboden. Die beoordeling dient hem - wil hij op het verzoek kunnen ingaan - te leiden tot de overtuiging dat het verzoek van de patiënt duurzaam van aard is en vrijwillig en met een goed inzicht in eigen situatie en mogelijkheden is gedaan.' (Gerechtshofs-Gravenhage 25 mei 1993, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1993, p. 360-368). Uit dit arrest kan worden afgeleid dat er geen ruimte is voor categorische wilsbekwaamheid van psychiatrische patiënten. Ook bij een instemmende beslissing van de patiënt kan een beoordeling van de bekwaamheid in de rede liggen. Naarmate de gevolgen van de beslissing van de patiënt ingrijpender zijn, kan een uitvoeriger beoordeling van diens bekwaamheid vereist zijn.

Beoordeling primair gericht op besluitvormingsvermogen en niet op uitkomst beslissing

Bij het beoordelen van bekwaamheid kan de neiging bestaan zich te veel te richten op de uitkomst van de door de patiënt genomen beslissing. De beoordeling van wilsbekwaamheid dient zich echter primair te richten op het besluitvormingsvermogen van de patiënt en niet op de uitkomst van de beslissing van de patiënt. Dit betekent dat het vermogen van de patiënt om de aard en de gevolgen van de beslissing te begrijpen bij de beoordeling centraal zal staan. Een door de patiënt genomen beslissing geeft als zodanig zowel diens mate van bekwaamheid alsook diens normen en waarden weer. Door bij de beoordeling van de bekwaamheid de uitkomst van de beslissing leidraad te doen zijn, ontstaat het risico dat juist de normen en waarden van de beoordelaar de doorslag gaan geven.

Het voorgaande betekent niet, dat de beoordelaar volledig van zijn eigen normen en waarden zal moeten abstraheren. In het overleg tussen beoordelaar en patiënt zullen ieders normen en waarden elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden. Bij de beoordeling van bekwaamheid mogen de normen en waarden van de beoordelaar echter niet eenzijdig doorslaggevend zijn. De inhoud van een door de patiënt voorgenomen beslissing kan wel een aanleiding vormen om de bekwaamheid van de patiënt te gaan beoordelen.

Tijdelijke wilsonbekwaamheid

Er kan sprake zijn van een tijdelijke wilsonbekwaamheid. Bij psychiatrische patiënten bij voorbeeld kan de bekwaamheid sterk fluctueren.

Wanneer sprake is van een tijdelijke wilsonbekwaamheid, moet worden gezien of het mogelijk en wenselijk is om de behandelingsbeslissing uit te stellen. In andere gevallen kan wellicht met behulp van een minder ingrijpende behandeling de toestand van de patiënt zodanig worden verbeterd, dat hij zelf weer bekwaam wordt om te beslissen over de ingrijpende behandeling. Zo kan een sterk onrustige, opgewonden psychotische patiënt eerst met kort-werkende sederende medicatie worden behandeld, om hem in een toestand te brengen waarin hij wel voldoende bezonnen kan beslissen over bij voorbeeld het al dan niet nemen van langwerkende depot-neuroleptica.

Partiële wilsonbekwaamheid

Bekwaamheid kan partieel zijn, dat wil zeggen dat de patiënt ten aanzien van bepaalde beslissingen bekwaam is ten aanzien van bepaalde andere beslissingen niet. De constatering dat de patiënt ten aanzien van een bepaalde beslissing onbekwaam moet worden geacht, betekent dus niet dat hij zonder meer onbekwaam is ten aanzien van andere beslissingen. Mede daarom dient de bekwaamheid van een patiënt zoveel mogelijk per concrete beslissing te worden beoordeeld.

3. ENIGE HANDREIKINGEN

De werkgroep heeft getracht een omschrijving te formuleren die zou kunnen dienen ter operationalisering van het wettelijke criterium dat de patiënt in staat moet kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake en die recht doet aan de in de voorafgaande paragraaf geformuleerde uitgangspunten. Daartoe stelt de werkgroep de navolgende omschrijving voor:

Een patiënt kan als wilsbekwaam worden beschouwd, als hij er blijk van geeft de op zijn bevattingvermogen afgestemde informatie te begrijpen naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de te nemen beslissing noodzakelijk is.

Die informatie betreft het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling maar ook de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt en de te verwachten gevolgen van het nalaten van het onderzoek of de behandeling.

Bij het geven van de informatie dient de hulpverlener zich telaten leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijs dient te weten ten aanzien van:

a. de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen;

b. de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt (én de te verwachten gevolgen en risico's van het achterwege laten van het onderzoek of de behandeling);

c. andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen;

d. de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling,

Samenhangende begrippen

In de omschrijving wordt een aantal begrippen gehanteerd die in de concrete situatie nader zullen moeten worden ingevuld. Zoals hierna zal blijken, hangen deze begrippen met elkaar samen. Dit betekent dat bij de beoordeling van bekwaamheid deze begrippen steeds in hun onderlinge samenhang zullen moeten worden beschouwd. Zo wordt in het navolgende de ingrijpendheid van een onderzoek/behandeling (of de ingrijpendheid van de gevolgen van het achterwege laten daarvan) aangeduid als een aspect dat aanleiding kan zijn om de wilsbekwaamheid van een patiënt expliciet te beoordelen.

De ingrijpendheid van een onderzoek/behandeling staat echter niet op zichzelf, maar dient te worden gezien in relatie tot andere aspecten, zoals de te verwachten effecten van het onderzoek/de behandeling, de mogelijke risico's ervan en de vraag of de patiënt voornemens is met het onderzoek/de behandeling in te stemmen of deze juist wil weigeren.

Cumulatieve elementen

Een patiënt kan als wilsbekwaam worden beschouwd wanneer hij er blijk van geeft de informatie te hebben begrepen over zowel de aard van zijn gezondheidstoestand, de aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling, de aard en het doel van eventuele alternatieven, de te verwachten gevolgen en risico's van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling en de te verwachten gevolgen van het achterwege blijven van het onderzoek of de behandeling. Wanneer een patiënt een of meer van deze elementen niet blijkt te begrijpen, kan dit een aanwijzing zijn dat hij als wilsonbekwaam moet worden beschouwd.

Aard van de gezondheidstoestand

Het begrip gezondheidstoestand ziet op de situatie waarin hetzij de patiënt, hetzij de hulpverlener verandering wil brengen door middel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling. Bij het beoordelen of de patiënt de aard van zijn gezondheidstoestand begrijpt, moet onder meer worden nagegaan of hij wel de relevante causale verbanden ziet, of dat hij daarentegen zijn gezondheidstoestand toeschrijft aan een andere dan de 'objectief' vastgestelde oorzaak. Het ontbreken bij de patiënt van inzicht in zijn ziekte is een factor die in het kader van een beoordeling van wilsbekwaamheid van belang kan zijn.

Bij het hanteren van deze factor is evenwel terughoudendheid geboden. In ieder geval moet worden voorkomen dat - bij voorbeeld - de weigering van een behandeling door een patiënt die zijn ziekte ontkent zonder meer wordt opgevat als een bewijs van zijn onvermogen om de relevante informatie te begrijpen. Men zal deze factor altijd moeten zien in relatie tot de andere elementen uit de hierboven gegeven omschrijving. Het ontbreken van ziekte-inzicht op zichzelf is onvoldoende aanwijzing voor wilsonbekwaamheid.

Een onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënt vordert in kortgeding stopzetting van de toediening tegen zijn wil van medicatie. In dat verband komt onder meer aan de orde de vraag of een gebrek aan ziekte-inzicht de conclusie rechtvaardigt dat de patiënt niet in staat is zijn wil te bepalen. De rechter zegt hierover: 'Het ontbreken van voldoende inzicht in de ziekte waaraan de patiënt lijdt of in de gevolgen die verbonden zijn aan de medicatie of het nalaten ervan levert (...), naar mijn voorlopig oordeel, onvoldoende grondslag op om te oordelen dat de patiënt niet in genoegzame mate in staat is zijn wil met betrekking tot de medicatie te bepalen.' Volgens deze uitspraak leidt gebrek aan inzicht in de ziekte en/of in de gevolgen van (niet-)behandelen niet zonder meer tot de conclusie dat de patiënt wilsonbekwaam is. (Pres. Rb. Middelburg 22 september 1986, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1987, p. 153-155). Dit betekent overigens niet dat gebrek aan ziekte-inzicht een factor zonder betekenis is. Zie bijvoorbeeld Pres. Rb. Zutphen 14 april 1993, Kort Geding 1993,173.

Aard, doel en gevolgen van het voorgestelde onderzoek of de behandeling en van de alternatieven

Het begrijpen van de aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling betekent onder meer dat de patiënt er blijk van moet geven het karakter van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling te overzien. Wanneer een onderzoek of een behandeling in technisch opzicht een niet-ingrijpend karakter heeft, betekent dit overigens niet dat zo'n onderzoek of behandeling geen ingrijpende gevolgen zou kunnen hebben (denk bij voorbeeld aan een hielprík bij baby's) . Daarom moeten ook de te verwachten gevolgen van het toestemmen in het onderzoek of de behandeling of het weigeren daarvan, aan de orde komen.

In een geschil over de verblijfplaats van een onder curatele staande bejaarde vrouw tussen de curator (haar echtgenoot) en haar dochters, was de vraag aan de orde wanneer een curandus voldoende wilsbekwaam kan worden geacht de beslissing inzake de verblijfplaats zelf te nemen. Uiteindelijk komt het tot een beslissing van de Hoge Raad. De Hoge Raad verwijst naar de overweging uit de in dezelfde procedure gegeven beschikking van het Gerechtshof: 'Uitgangspunt is 's Hofs vaststelling dat de moeder niet compos mentis is in die zin 'dat zij haar wensen op adequate wijze zou kunnen uiten en de consequenties daarvan zou kunnen overzien' De Hoge Raad stemt in met deze - in cassatie niet bestreden - overweging (Hoge Raad 29 april 1988, Nederlandse Jurisprudentie 1989, 318).

Bij het beoordelen of de patiënt er blijk van geeft de te verwachten gevolgen van het toestemmen in of het weigeren van het onderzoek of de behandeling te begrijpen, zal ook moeten worden nagegaan of de overwegingen van de patiënt innerlijk consistent zijn. Denk hierbij bij voorbeeld aan de weigering van een levensnoodzakelijke behandeling, terwijl de patiënt tegelijkertijd geen doodswens heeft maar denkt nog een taak in het leven te moeten vervullen.

Een onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënte verzet zich tegen een operatie die ertoe strekt een kwaadaardige tumor te verwijderen. Patiënte wil uitsluitend met behulp van alternatieve geneeswijzen behandeld worden. Zij geeft te kennen geen duidelijke doodswens te hebben. De rechter overweegt: 'Naar ons voorlopig oordeel mist X door haar psychische stoornis het inzicht in de aard en de ernst van haar lichamelijke kwaal en in de noodzaak van zeer spoedig operatief ingrijpen. Nu ter zitting duidelijk is gebleken dat X geen doodswens heeft (...) zijn Wij van oordeel dat haar afwijzing van een operatie niet voortkomt uit te respecteren overwegingen (...).' Tegenstrijdige uitlatingen (het weigeren van een levensreddende operatie en het uitspreken van de wens om te blijven leven) rechtvaardigen i.c. de conclusie dat de patiënte wilsonbekwaam is. (Pres. Rb. Rotterdam 6 februari 1987, Kort Geding 1987, 115. In gelijke zin Pres. Rb Assen 7 oktober 1992, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1993, p. 98-99).

Tevens verdient aandacht in hoeverre emotionele factoren zoals angst bij de beslissing van de patiënt een rol spelen. Bij beslissingen over behandeling zullen vrijwel altijd bepaalde emoties in het geding zijn. Het is een taak van de hulpverlener om te trachten door middel van adequate voorlichting te voorkomen dat beslissingen louter en alleen door emotionele factoren worden ingegeven. Ook moet aan de orde komen of de patiënt de aard van eventuele alternatieven begrepen heeft. In dit verband kan worden nagegaan of de patiënt voldoende overziet welke keuzemogelijkheden er zijn.

Wanneer bestaat aanleiding wilsbekwaamheid te beoordelen?

Hulpverleners dienen er juist in het belang van de patiënt in het algemeen alert op te zijn of er aanleiding bestaat aan de wilsbekwaamheid van een patiënt te twifelen. In veel gevallen zal de hulpverlener impliciet beoordelen of en zo ja, in hoeverre de patiënt wilsbekwaam is. Wanneer de hulpverlener de patiënt langer kent, zal het voor hem in het algemeen gemakkelijker zijn dit te beoordelen. Een meer expliciete beoordeling van de bekwaamheid komt aan de orde als daar een concrete aanleiding voor bestaat. Uitgangspunt is immers dat eenieder voor bekwaam wordt gehouden, totdat het tegendeel komt vast te staan. Te denken valt aan situaties waarin de toestemming van de patiënt vereist is voor een ingrijpende behandeling, of wanneer de weigering van de patiënt ingrijpende consequenties kan hebben.

Als een patiënt bij voorbeeld weigert een operatie te ondergaan die noodzakelijk is om in leven te blijven, kan dit aanleiding zijn om diens bekwaamheid expliciet te beoordelen. In hoeverre een behandeling ingrijpend is of ingrijpende consequenties kan hebben, moet zoveel mogelijk worden geobjectiveerd. Of en zo ja, in hoeverre de patiënt zelfde behandeling als ingrijpend ervaart, is een aspect dat daarbij moet worden meegewogen.

Wie beoordeelt wilsbekwaamheid?

Wie de bekwaamheid van een patiënt moet beoordelen, is afhankelijk van de situatie. Bij behandelingsbeslissingen wordt de medische of andere indicatie altijd door de hulpverlener gesteld. Of de patiënt al dan niet bekwaam is om met zo'n beslissing in te stemmen, zal in beginsel ook door de hulpverlener, eventueel na overleg met (andere leden van) het behandelteam, worden beoordeeld. Wanneer de patiënt een curator heeft, is het niet minder ook aan de curator zich een oordeel te vormen omtrent de wilsbekwaamheid ten aanzien van de concrete behandelingsbeslissing. Leidt deze beoordeling tot de conclusie dat de patiënt wilsbekwaam moet worden geacht, dan is het aan de curator om al dan niet toestemming voor de desbetreffende behandeling te geven. Ook wanneer de patiënt een mentor heeft, is het aan de mentor zich een oordeel te vormen omtrent de wilsbekwaamheid ten aanzien van de concrete behandelingsbeslissing.

In het geval waarin, op grond van de wetgeving omtrent de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (WGBO) (art. 446 e.v. van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek), een niet door de rechter benoemde vertegenwoordiger moet worden ingeschakeld, zal het in de eerste plaats de hulpverlener zijn die de bekwaamheid van de patiënt beoordeelt.

Wordt de patiënt wilsonbekwaam geacht, dan zal de hulpverlener zich immers moeten wenden tot de op grond van de WGBO in aanmerking komende vertegenwoordiger (persoonlijk gemachtigde, echtgenoot of andere levensgezel, ouders, kind, broer of zus van de patiënt). Deze vertegenwoordiger heeft ook een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het bekwaamheidsoordeel.

Degene die de patiënt van twaalf jaar of ouder bij behandelingsbeslissingen vertegenwoordigt, moet de patiënt zoveel mogelijk bij de vervulling van zijn taak betrekken, en de zorg van een goed vertegenwoordiger betrachten.

Benadrukt moet worden dat de hulpverlener een eigen verantwoordelijkheid heeft, in verband met de zorg die een goed hulpverlener bij zijn werkzaamheden in acht behoort te nemen. Dit betekent onder meer dat een hulpverlener niet gedwongen kan worden overeenkomstig de wens van de vertegenwoordiger een behandeling te verrichten, wanneer hij deze niet verenigbaar acht met de zorg van een goed hulpverlener. In het geval dat de hulpverlener een bepaalde behandeling geïndiceerd acht, terwijl de vertegenwoordiger daarvoor geen toestemming wil geven, zal men in de praktijk veelal trachten door goed overleg alsnog tot overeenstemming te komen over de voorgestelde behandeling of een (minder ingrijpend) alternatief. Bij een blijvend meningsverschil tussen de vertegenwoordiger en de hulpverlener, kan de laatste het geschil desnoods aan de rechter voorleggen. Heeft de patiënt een curator/mentor en gaat het om andere dan behandelingsbeslissingen, dan is het altijd de curator/mentor die de bekwaamheid van *de* patiënt ter zake beoordeelt.

Invloed wijze van informatieverschaffing

Om wilsbekwaam te worden geacht, is van belang dat de patiënt er blijk van kan geven de aan hem verstrekte informatie te begrijpen. Belangrijk is dus, dat aan de patiënt relevante en voldoende informatie wordt verschaft over de aard van zijn gezondheidstoestand, de aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling, de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor zijn gezondheid of welzijn en de te verwachten gevolgen van het achterwege laten van het onderzoek of de behandeling. Ook dient informatie te worden gegeven over eventuele alternatieven. Het feit dat een hulpverlener een voorkeur voor het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling heeft, mag er uiteraard niet toe leiden dat de patiënt niet of onvoldoende wordt geïnformeerd over het bestaan van (reële) alternatieven.

Bij behandelingsbeslissingen zal de informatie door de hulpverlener aan de patiënt worden verstrekt. Wanneer de patiënt een curator heeft, die de bekwaamheid ten aanzien van de behandelingsbeslissing ook moet beoordelen, kan ook op de curator (in het verlengde van de hulpverlener) de taak rusten (bepaalde) informatie aan de patiënt te geven. In zo'n geval zal de hulpverlener de informatie dus niet alleen aan de patiënt zelf, maar ook aan diens curator verschaffen. Hetzelfde geldt als de patiënt een mentor heeft.

Dit is alleen anders indien de hulpverlener door aldus te handelen in strijd zou komen met de zorg die een goed hulpverlener bij zijn werkzaamheden in acht behoort te nemen. Heeft de patiënt een curator of mentor en gaat het om andere dan behandelingsbeslissingen, dan is het aan de curator/ mentor om alle relevante informatie hierover aan de patiënt te verstrekken.

Om bij de patiënt een goed begrip van zijn situatie te bewerkstelligen, behoort de wijze van informatieverschaffing zo veel mogelijk te worden afgestemd op zijn bevattingsvermogen, waarbij de toestand en omstandigheden waarin de individuele patiënt verkeert, in aanmerking dienen te worden genomen.

Hierbij kan, behalve aan mondelinge en/ of schriftelijke informatie, ook worden gedacht aan informatieverschaffing met behulp van beelden. Zo is gebleken dat sommige verstandelijk gehandicapten informatie beter begrijpen, wanneer gewerkt wordt met beeldtaal of pictogrammen (beeldschrift).

Ook het op een andere dan de gebruikelijke wijze informeren kan in bepaalde gevallen leiden tot een groter begrip bij de patiënt, bij voorbeeld door meer direct aansluiting te zoeken bij diens belevingswereld. Zo kan een zich bedreigd voelende paranoïde patiënt de noodzaak van de voorgestelde medicatie wellicht beter begrijpen, indien wordt uitgelegd dat het medicijn hem kan helpen zich minder bedreigd te voelen.

Het combineren van verschillende wijzen van informatieverschaffing en het laten informeren van de patiënt door verschillende personen kan in sommige gevallen het meest wenselijk zijn.

Hoe blijkt dat de patiënt de informatie begrepen heeft?

Het geven van voldoende informatie die zoveel mogelijk op het bevattingsvermogen van de patiënt is toegesneden, is een fundamenteel vereiste voor het maken van een weloverwogen, op begrip gebaseerde keuze. Steeds zal moeten worden bekeken of de patiënt de verstrekte informatie voldoende begrepen heeft. Daarbij zal de hulpverlener de uitingen van de patiënt, zowel de verbale als de non-verbale, op hun waarde beoordelen. Welke vragen de patiënt wél stelt en welke juist niet, zijn daarbij belangrijke aanwijzingen voor de hulpverlener. Het gaat erom de motieven van de patiënt voor een bepaalde keuze en mogelijke tegenstrijdigheden in diens uitlatingen te achterhalen.

De mate waarin de patiënt er blijk van moet geven de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie te begrijpen, is behalve van elementen als de aard van zijn gezondheidstoestand, de aard, het doel en de te verwachten gevolgen van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling en de aard van eventuele alternatieven, ook afhankelijk van de aard en de reikwijdte van de aan de orde zijnde behandelingsbeslissing. De patiënt hoeft immers niet meer informatie te begrijpen dan noodzakelijk is met het oog op de aard en de reikwijdte van de beslissing. Van geen enkele patiënt behoeft te worden verlangd dat hij alle (technische) details van een onderzoek of behandeling begrijpt.

Wanneer sprake is van een behandeling met een ingrijpend karakter of ingrijpende consequenties waarmee de patiënt voornemens is in te stemmen, dienen aan de mate van begrip relatief hoge eisen te worden gesteld. Dit geldt ook wanneer de patiënt een behandeling weigert en het achterwege laten van de behandeling ingrijpende gevolgen voor de gezondheid zal (kunnen) hebben. In dit soort gevallen zal de beoordelaar meer expliciet moeten nagaan, of de patiënt de gevolgen van het instemmen dan wel weigeren van de behandeling werkelijk begrepen heeft en of de patiënt voldoende begrijpt welke keuzemogelijkheden hij heeft. Wat in dit verband 'Voldoende' is, is in eerste instantie ter bepaling van de beoordelaar.

Wanneer een patiënt er blijk van geeft de informatie niet te hebben begrepen, kan dit een aanwijzing zijn dat de patiënt wilsonbekwaam is. Het kan echter ook zijn dat de informatieverstrekking te wensen over heeft gelaten, hetzij doordat onvoldoende informatie is verstrekt, hetzij doordat de informatie niet is verstrekt op een wijze die aansluit bij het bevattingsvermogen van de patiënt. In dit soort gevallen kan het aanvullen, herhalen of het op andere wijze verstrekken van informatie aangewezen zijn.

Welke wijze van informeren passend is, kan variëren per categorie patiënt. Vanwege het grote belang van het verstrekken van passende informatie, kan het aanbeveling verdienen dat door de hulpverleners uit de verschillende beroepsgroepen nader wordt uitgewerkt wat voor de verschillende categorieën patiënten afhankelijk van het type beslissing een passende wijze van informeren is.

Verzet van de wilsonbekwame patiënt tegen een verrichting van ingrijpende aard waarvoor de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven

Verzet de patiënt van twaalf jaar of ouder zich (gefundeerd) tegen een verrichting van ingrijpende aard, waarvoor de ouders, de curator/mentor, de gemachtigde, de echtgenoot of andere levensgezel, dan wel een ouder, kind, broer of zus van de patiënt toestemming heeft gegeven, dan kan die verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen (art. 465, lid 6 Boek 7 BW).

Toetsing en verslaglegging

De beslissing over de wilsonbekwaamheid van een patiënt kan uiteindelijk door de tuchtrechter of de gewone rechter worden getoetst. Degene die de wilsonbekwaamheid beoordeeld heeft, zal over deze beslissing verantwoording moeten kunnen afleggen. In verband met de verplichting van de hulpverlener een medisch dossier van de patiënt aan te leggen, zal de wijze waarop tot de beslissing over bekwaamheid is gekomen, in de regel in het dossier moeten worden vastgelegd. In zo'n verslag zou met name aandacht moeten worden besteed aan de inhoud van en de wijze waarop de informatie aan de patiënt is verstrekt, alsmede aan de wijze waarop de patiënt er al dan niet blijk van heeft gegeven de verstrekte informatie te hebben begrepen.

Vaak is de beslissing over de wilsbekwaamheid niet eenvoudig en zal de zaak besproken worden in het overleg tussen de verschillende betrokken behandelaars en verzorgenden. Deze collegiale toetsing door het behandelteam zal met name bij ingrijpende beslissingen nodig zijn. Ook kan de hulpverlener een niet bij de behandeling betrokken collega verzoeken een second opinion te geven. Zo'n second opinion kan dienen ter onderbouwing van de uiteindelijke beslissing van de verantwoordelijke hulpverlener over de bekwaamheid van de patiënt. Voor welke behandelingsbeslissingen en in welke situaties een second opinion nodig is, zal aan de verantwoordelijkheid van de hulpverlener moeten worden overgelaten.

Beslissingen in aangelegenheden van materiële aard

In deze handreiking is het beoordelen van wilsbekwaamheid ten aanzien van beslissingen in aangelegenheden van materiële aard niet aan de orde gekomen. Bedacht dient te worden dat beslissingen over immateriële aangelegenheden materiële consequenties kunnen hebben en andersom.

Hetgeen in het voorgaande is uiteengezet over de beoordeling van wilsbekwaamheid ten aanzien van beslissingen over immateriële aangelegenheden, kan echter mutatis mutandis worden toegepast bij het beoordelen van wilsbekwaamheid met betrekking tot beslissingen over materiële aangelegenheden.

Zo zal ook bij beslissingen over materiële aangelegenheden de wilsbekwaamheid van de patiënt in veel gevallen impliciet worden beoordeeld. Wanneer daarvoor een concrete aanleiding bestaat, te denken valt aan een uitgave met grotere financiële gevolgen, zal een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid op haar plaats zijn. Bij het beoordelen van de bekwaamheid om beslissingen in aangelegenheden van materiële aard te nemen, dient men zich wel te realiseren dat aan dit soort beslissingen voor- of nadelen van financiële aard voor de betrokkene zelf maar ook voor derden verbonden kunnen zijn.

4. CASUSPOSITIES

Hierna worden drie casusposities besproken. Zij geven een indruk van de wijze waarop de in deze handreiking genoemde elementen in de praktijk van de psychiatrie, de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten een rol (kunnen) spelen bij de beoordeling van wilsbekwaamheid.

Casus psychiatrie

Een 44-jarige schizofrene man is vrijwillig opgenomen met een paranoïde psychose (achtste recidive, vijfde opname, waarvan tweemaal met inbewaringstelling). Bij de eerste psychose verwaarloosde hij zijn handel in tweedehands kleding, waarna hij failliet ging. Het faillissement schreef hij toen, evenals in latere psychosen, toe aan het vermeende boze opzet van zijn boekhouder, die in dienst zou zijn van de KGB om patiënt te 'eliminieren'. Bij herhaling heeft patiënt in een psychose zijn boekhouder bedreigd en zelfs met een mes verwondt. Patiënt heeft enkele maanden geleden tegen advies zijn depot-medicatie (die enig effect had) gestaakt. Hij had veel last van speekselvloed, stijfheid en bewegingsonrust. Tevens vond hij het vernederend regelmatig in zijn bil een injectie te krijgen, temeer daar hij zich niet ziek acht(te) doch het doelwit van een complot.

Nu wordt patiënt in zijn beleving tot wanhoop gedreven door zijn voormalige boekhouder: hij hoort diens stem die hem uitscheldt, uitlacht, becommentarieert en met de dood door foltering bedreigt. Hij heeft daarom zijn toevlucht in het ziekenhuis gezocht omdat hij zich daar relatief veilig voelt. Hij voelt het ogenblik naderen waarop hij zich of moet suïcidieren of in een wanhoopsoffensief zijn boekhouder moet doden om zelf te overleven. Psychotisch vindt hij zich niet, hij is het wel met de behandelaar eens dat hij 'op het randje van overspannenheid' leeft en baat kan hebben bij behandeling met medicatie 'om tot rust te komen'. Hij wil echter pertinent niet meer de eerder gebruikte depot-medicatie (middel P en middel Q) om bovengenoemde redenen. De behandelaar zou graag middel R gebruiken, dat oraal toegediend wordt, en meer kans heeft de psychose te doen verdwijnen, met minder bijwerkingen. Middel R heeft echter het risico van een zeldzame maar ernstige, levensbedreigende bijwerking: remming van de aanmaak van bloedlichaampjes.

Ofschoon de patiënt staande houdt dat hij niet psychotisch is maar bedreigd wordt (de KGB zou met middel R geknoeid kunnen hebben, met opzettelijke en dodelijke beenmergremming als gevolg), besluit hij middel R te gaan gebruiken.

De patiënt zegt blij te zijn dat het middel waarschijnlijk minder stijfheid geeft en hem toch goed tot rust zal brengen, en dat hij het risico van de beenmergremming wel wil nemen, temeer daar de behandelaar hem verzekerd heeft dat door goede controle de eventuele bijwerking snel is op te sporen en vrijwel altijd te verhelpen.

De behandelaar oordeelt terecht dat hier een expliciete, beargumenteerde beantwoording van de vraag of de patiënt wilsbekwaam is ten aanzien van de beslissing middel R wel of niet te nemen, op zijn plaats is. Het betreft immers een ingrijpende behandeling, aangezien de gemelde bijwerking weliswaar zeldzaam maar mogelijk levensbedreigend is. Voorts zou het voortbestaan van de psychose, bij weigering van de behandeling, zeer gevaarlijk zijn voor patiënt zelf en/of zijn voormalige boekhouder.

Dat de patiënt zijn psychose ontkent en geen ziekte-inzicht toont, is op zich voor de behandelaar nog niet voldoende reden de patiënt wilsbekwaam te achten. Met zijn komst naar het ziekenhuis en zijn bereidheid zich als 'op 't randje van overspannen' te zien en medicatie te gebruiken geeft patiënt volgens behandelaar blijk van een begin van besef van zijn gezondheidstoestand.

De bezwaren van patiënt tegen de voorgestelde alternatieven (middel P of Q) zijn volgens behandelaar niet louter bepaald door ontbrekend ziekte-inzicht, doch kunnen ook redelijk zijn en gefundeerd. Patiënt geeft blijk ten aanzien van middel R de relevante informatie te hebben begrepen, ondanks de psychotische achterdocht over het 'knoeien' met het middel. De behandelaar neigt ertoe de patiënt wilsbekwaam te achten ten aanzien van het behandelingsvoorstel, maar wenst gezien de mogelijk grote consequenties (van zowel weigeren als toestemmen) nog de mening van een collega te vragen.

Casus psychogeriatric

Voorgeschiedenis

Patiënte mevrouw P. is in 1916 te Vlissingen geboren. Zij heeft 1 zus. Mevrouw werd opgevoed in een streng protestants milieu. Er kwamen geen andere kinderen over de vloer. Na de lagere school heeft zij de Mulo doorlopen, later heeft zij een middenstandsdiploma gehaald en een diploma voor coupeuse. Tot haar huwelijk in 1938 heeft zij gewerkt als cheffin. Uit het huwelijk werden twee kinderen geboren. Haar man overleed in 1976. Sinds enige jaren heeft zij een vriend, met wie zij veel optrekt.

Aanleiding voor een screeningsonderzoek:

Sinds drie jaar zou er sprake zijn van vergeetachtigheid, toenemende zelfverwaarlozing, met daarbij achterdocht; haar vriend maakt zich zorgen over haar en heeft om een onderzoek gevraagd. Door middel van huisbezoek van een RIAGG medewerker vindt een eerste oriënterende beoordeling plaats. Naar aanleiding van deze beoordeling wordt een uitgebreider screeningsonderzoek gepland. P. werkt wel mee. Dit speelt ongeveer een jaar voor de verpleeghuisopname.

Screeningsbeoordeling:

Het psychologische deel van het screeningsrapport vermeldt de volgende bevindingen.

Mevrouw P. heeft een goede facade. Ze praat makkelijk, alleen het over vroeger praten doet ze liever niet.

Ze wordt dan herinnerd aan allerlei onprettige ervaringen. De stemming is vlak. Het bewustzijn is helder.

Het doel van het onderzoek vindt ze onnodig, steeds steekt een zekere onrust de kop op.

Ze geeft meerdere malen te kennen dat ze er nu wel genoeg van heeft en maakt aanstalten op te stappen. Doorzetten van dit plan doet ze echter niet. Ze is erg gefixeerd op haar vriend en wil niet zonder hem praten en hem ook niet laten wachten.

Als ze over vroeger praat, is voor haar erg belangrijk dat ze een rot leven achter de rug heeft. Ze voelt zich door haar ouders achtergesteld bij haar zuster. Haar ouders zouden een slecht huwelijk gehad hebben. Zij moest op haar jongere zus passen en het huishouden doen. Ze nam zich voor dit bij haar eigen kinderen anders te doen, ze een echte jeugd te geven.

Met haar zoon en dochter is echter geen contact meer, ze zouden haar 'belazerd' hebben.

Met haar - ziekelijke - man had ze wel een goed huwelijk. Ze had enige liefhebberijen. Snel had ze echter het gevoel door haar omgeving benadeeld te worden. Nu is haar vriend belangrijk, ze doen veel samen.

Het ziektebesef is met name somatisch gericht, alhoewel ze ook toegeeft veel te vergeten. Dit ervaart ze echter niet als een probleem. Haar toekomst, samen met haar vriend, ziet ze rooskleurig tegemoet.

De probleeminventarisatie op basis van het somatische en psychosociale onderzoek luidt als volgt: Een alleenwonende weduwe met een licht tot matig amnestisch syndroom en achterdochtige persoonlijkheidskenmerken. P. heeft een slechte zelfzorg.

Op somatisch gebied lijdt P. aan een diabetes mellitus type 11 en hypertensie. P. houdt door haar achterdocht en karakter gezinszorg en eventuele wijkverpleging buiten de deur. De geleverde steun van haar vriend lijkt aan het maximum van de mogelijkheden te zijn gekomen. De relatie met haar twee kinderen is verstoord.

Zij heeft overigens een sterke façade.

Opname:

Opname in het verpleeghuis vindt plaats ongeveer een jaar na het screeningsonderzoek. De RIAGG-arts zou opname al langer noodzakelijk gevonden hebben, haar vriend ging daar echter nog niet mee akkoord. P. zelfwas niet gemotiveerd.

Zorgplan:

Het zorgplan bestaat uit verschillende onderdelen. P. reageert verschillend op deze onderdelen.

Somatisch:

P. heeft rugklachten; onderzoek vindt ze een goed idee en ook met behandeling van de gevonden osteoporosis stemt ze in. Zij neemt haar medicatie in en volgt fysiotherapie. Hetzelfde beeld geldt ten aanzien van haar diabetes mellitus en hypertensie. P. geeft ook blijk van begrip van de haar verstrekte informatie; voor informatieverstrekking zijn geen aanpassingen noodzakelijk en er treden ter zake geen conflicten op. De behandelaars achten P. na impliciete beoordeling wilsbekwaam ten aanzien van deze beslissingen op somatisch terrein.

Psychisch:

De uit de voorgeschiedenis bekende cognitieve stoornissen worden op de afdeling geobserveerd en bevestigd. Ook door de psychomotorische therapeut en de psycholoog vindt observatie plaats. P. staat dit toe maar inhoudelijke uitleg werkt conflicterend. P. moet tot meewerken worden 'Verleid'. P. vertoont op de afdeling veel geagiteerd zoekgedrag, met name naar haar vriend; een en ander leidt tot uitputtingsverschijnselen. In geval van bijsturing leidt dit tot agressie, vanuit een achterdochtige beleving.

Om dit gedrag bij te sturen, wordt een behandeling voorgesteld bestaande uit medicatie, expressieve therapie en een validation-benadering. Dit behandelingsvoorstel geeft aanleiding tot een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid omdat het achterwege blijven van een behandeling ingrijpende gevolgen voor patiënte kan hebben (uitputting en paranoia). Inhoudelijke informatieverstrekking aan P., in aangepaste vorm middels validatie-techniek*, werkt keer op keer conflicterend. P. geeft er op verschillende tijdstippen geen blijk van dat zij beseft dat er reeds eerder over gesproken is, noch geeft zij blijk van begrip van haar sociale situatie en psychische toestand. Evenmin ziet zij de noodzaak van de voorgestelde behandeling in. Ten aanzien van dit onderdeel van het zorgplan wordt P. door de verpleeghuisarts wilsbekwaam geacht.

De arts is tot dit oordeel gekomen na regelmatig contact en ruggespraak met een collega-verpleeghuisarts, waarbij ook alternatieve keuzen aan de orde zijn gekomen.

Deze collegiale toetsing was hier op zijn plaats, gelet op de gecompliceerde situatie en de belangen van de patiënte.

Gelet op dit oordeel wendt de verpleeghuisarts zich daarom tot de vriend van P. om de voorgestelde behandeling met hem te bespreken. De vriend van P. stemt in met deze behandeling. Overigens verzet P. zich niet tegen de uitvoering van dit deel van het zorgplan.

Wat betreft haar zelfzorg kan en wil P. nog veel zelf doen. Correctie en stimulering staat ze toe. Keuze van kleding en dergelijke kan ze goed maken. Hier kon P. na impliciete beoordeling wilsbekwaam worden geacht.

Definitie validation: doormiddel van het bevestigen en ondersteunen en het aanvoelen van de belevingswereld (empathische houding) de cliënt helpen zijn gevoel van eigenwaarde te herstellen, stress te verminderen, onverwerkte conflicten te verwerken en rechtvaardiging te vinden voor het leven.

Sociaal:

Met haar vriend heeft P. goed contact. Iedere middag gaat P. met hem weg. In de ochtend vinden observatie en behandeling plaats. Tussen P.'s twee kinderen, de vriend en P. is er sprake van een gecompliceerd relatiepatroon met veel conflicten.

De regeling van een onderbewindstelling is een concreet kristallisatiepunt van deze conflicten tijdens de opname. Haar kinderen wensen een onderbewindstelling, omdat P. door haar vergeetachtigheid regelmatig financiële zaken vergeet te regelen of juist dubbelop verricht. P. zelf ziet de noodzaak van een bewind echter niet in (zie psychisch), maar spreekt tegelijkertijd een voorkeur uit voor haar vriend als behartiger van haar financiële belangen. Er bestaat dan ook aanleiding om de wilsbekwaamheid ter zake te beoordelen. P. geeft er geen blijk van de informatie over haar psychische toestand en het doel en de gevolgen van een bewind te begrijpen.

Haar overwegingen ter zake zijn bovendien niet consistent, omdat zij anderzijds aangeeft dat zij wil dat haar vriend haar financiële belangen behartigt. De verpleeghuisarts acht P. op het punt van de behartiging van haar financiële belangen wilsonbekwaam.

De bepaling van wilsbekwaamheid pakt op verschillende items anders uit. Er is sprake van partiële wilsonbekwaamheid: P. wordt ten aanzien van bepaalde beslissingen bekwaam geacht en ten aanzien van bepaalde andere beslissingen niet. De desbetreffende behandelaars hebben - vanuit het perspectief van het zoveel mogelijk tegemoet komen aan de wilsbekwaamheid op onderdelen van het gehele zorgplan - de ervaring opgedaan dat P.'s positie verhelderd wordt en als gevolg hiervan de kwaliteit van het zorgplan toeneemt.

Casus verstandelijk gehandicapten

Voor geschiedenis

T. is geboren in 1956. Het gezin van T. bestond uit vader, moeder en drie kinderen, waarvan T. het middelste is. Op school bleek T. niet goed mee te kunnen komen en al snel werd besloten hem naar een school voor moeilijk lerende kinderen te sturen. Op dertigjarige leeftijd verhuist T. vanuit het ouderlijk gezin naar een gezinsvervangend tehuis in zijn woonplaats. T. kan worden getypeerd als een man met een matig tot lichte verstandelijke handicap.

Toen T. twee jaar was, zijn zijn ouders gescheiden en is T. bij zijn moeder blijven wonen. Kort daarop is moeder gaan samenwonen met een andere man. T. is lange tijd in de veronderstelling geweest, dat zijn echte vader overleden was en is er pas enkele jaren geleden achter gekomen dat zijn vader nog leeft. Sindsdien heeft hij geregeld contact met zijn natuurlijke vader. T. heeft veel ontzag voor hem.

De relatie met zijn moeder en pleegvader is wisselend. Hij bezoekt hen regelmatig en komt dan met geld, rookwaren en andere extraatjes weer terug. Voor zijn moeder heeft T. wel enig ontzag. Voor zijn pleegvader echter niet. Zijn pleegvader heeft T. nooit echt geaccepteerd en weet niet goed hoe met 'het anders zijn' van T. om te gaan. Vaak is hij onzeker in de omgang met T., die dit haarfijn aanvoelt en zijn pleegvader regelmatig bedreigt.

Een keer heeft hij hem zelfs daadwerkelijk met een mes achterna gezeten.

De jongere broer van T. is enkele jaren geleden overleden. T. was hier diep van onder de indruk.

De zus van T. heeft een goed lopende zaak. Ze heeft geprobeerd T. in deze zaak een baantje te geven, aangepast aan zijn mogelijkheden. Ondanks haar ondersteuning is dit mislukt. T. deed zijn werk niet goed, bemoeide zich teveel met de klanten en deed net alsof de zaak van hem was. Sindsdien is de relatie met de zus wisselend.

Recente ontwikkeling

Enkele maanden geleden is het bergafwaarts gegaan met T. Er leken hiervoor twee concrete aanleidingen te zijn. De eerste lag in het feit dat hem belet werd een 'melkhandel' te beginnen. Hij had eenmaal bij een boer in de omgeving een paar liter melk gekocht en dit aan een andere bewoner van het gezinsvervangend tehuis doorverkocht. Toen hij hiermee door wilde gaan, werd hem dit verboden, nadat herhaald overleg niet tot een oplossing had geleid. T. begreep de werkelijkheid op zijn geheel eigen wijze. In zijn fantasie had hij al een hele handel, met als gevolg dat hij de leiding verweet een goed lopend bedrijf om zeep te hebben geholpen. De tweede aanleiding betrof zijn fantasie dat het huis, waar zijn moeder en pleegvader woonden, hem toebehoorde en op zijn naam stond. Nu het met zijn zaken zo goed ging, wilde hij daar gaan wonen en moesten zijn moeder en pleegvader eruit. Dit ging uiteraard niet door.

De situatie is dermate geëscaleerd, dat het uitmondde in een tot nu toe ongekennd hevige agressie. Zowel de medebewoners als de groepsleiding voelden zich dusdanig bedreigd, dat men zich in de huiskamer moest opsluiten met T. op de gang. Op de andere groepen werd hulp gevraagd om T. te 'overmeesteren'.

Daarna is op verschillende manieren geprobeerd T. duidelijk te maken dat het zelfstandig runnen van een melkhandel niet haalbaar voor hem is. Door de groepsleiding van het gezinsvervangend tehuis werd ook een alternatief geboden: het zoeken van een baantje bij een melkboer waarbij de zorginstelling voor de nodige begeleiding zorgdraagt (supported employment). T. bleef echter vasthouden aan zijn fantasieën rond de melkhandel en het huis. Hij bleek absoluut niet meer voor rede vatbaar. Deze situatie werd enerzijds bedreigend voor T. zelf (omdat hij in zijn agressieve periodes zijn medicatie niet meer innam en zichzelf verwaarloosde), anderzijds bedreigend voor zijn omgeving.

Begeleidingsvoorstel

Geconcludeerd werd dat er op de oude groep van T. binnen het gezinsvervangend tehuis onvoldoende mogelijkheden waren om tegemoet te komen aan de begeleidingsbehoeften van T. Er werd daarom een andere aanpak voorgesteld, nl. een individuele begeleiding en verzorging van T., aanvankelijk met een één op één begeleiding. Daarbij kunnen twee aangrenzende kamers voor hem worden ingericht, waarvan de ene als woonkamer en de andere als slaapkamer dienst kan doen. Om T. de noodzakelijke structuur te kunnen bieden, zou T. een strak dagprogramma moeten volgen, waarvan hij niet kan afwijken. De groepsleiding die T. zal begeleiden wordt geselecteerd op deskundigheid en ervaring.

Het doel van het begeleidingsvoorstel is T. zoveel structuur te bieden, dat er niet opnieuw teveel ruimte ontstaat zodat hij zich wederom verliest in fantasieën en agressief gedrag. Daarnaast is de begeleiding erop gericht meer veiligheid te bieden aan de mensen in de omgeving van T., met name de medebewoners en de groepsleiding. In de casus lijkt het van belang om de vraag naar de wilbekwaamheid van T. expliciet te stellen. Hiervoor zijn ten minste drie belangrijke argumenten te noemen.

Ten eerste heeft het begeleidingsvoorstel ingrijpende gevolgen voor T., die hierdoor aanzienlijk beperkt zal worden in zijn vrijheden. In de tweede plaats is er een heldere aanleiding om te twijfelen aan het besluitvormingsvermogen van T. in een aantal situaties. Ten derde is de hulpverlener van mening dat afzien van de voorgestelde intensieve begeleiding gevaar op kan leveren voor T. en zijn omgeving (hevige agressie, weigeren medicatie, zelf-verwaarlozing, ernstige bedreigingen).

T. geeft er in veel situaties blijk van de aard en gevolgen van beslissingen te begrijpen. In de communicatie met hem is het belangrijk gebleken zo concreet mogelijk te blijven, te werken met concrete voorbeelden en abstracties te vermijden. De hem aangeboden ondersteuning gaat steeds uit van dit principe. Toch wordt er getwijfeld aan het inzicht dat T. heeft in een aantal situaties. T. geeft er geen blijk van, ondanks de op zijn bevattingsvermogen toegesneden informatie en gesprekken, de aard van zijn wanen te begrijpen. Concreet: hij ontkent ten stelligste dat zijn opvattingen over de realiteit niet stroken met de realiteit. Ook ziet hij, daarmee samenhangend, de noodzaak van de voorgestelde begeleiding niet in. Dit geldt ook voor de mogelijk ernstige gevolgen van het afzien van een intensieve begeleiding zoals voorgesteld. Op grond van het bovenstaande is de hulpverlener van oordeel dat T. wilsonbekwaam moet worden geacht ten aanzien van de begeleidingsbeslissing.

Naar de opvatting van de hulpverlener is in deze casus sprake van wilsonbekwaamheid ten aanzien van de begeleidingsbeslissing. Daarbij is niet de verstandelijke handicap primair verantwoordelijk voor het oordeel dat T. op dit punt wilsonbekwaam moet worden geacht, maar de waandenkbeelden. Deze wilsonbekwaamheid is partieel, immers beperkt tot de begeleidingsbeslissing.

Dit werpt vervolgens de vraag op of er gesproken kan worden van een tijdelijke wilsonbekwaamheid en zo ja, of uitstel van de begeleidingsbeslissing gewenst is. De hulpverlener is de mening toegedaan dat er weliswaar sprake kan zijn van een tijdelijke wilsonbekwaamheid, maar dat uitstel van de begeleidingsbeslissing onjuist is omdat er, bij afzien van begeleiding, direct gevaar optreedt voor T. en zijn omgeving (hevige agressie, weigeren medicatie, zelfverwaarlozing, bedreiging). Er is geen reëel alternatief voor het begeleidingsvoorstel tijdig voorhanden.

De beschreven casuïstiek en de voorgestelde begeleiding is ingrijpend voor betrokkene (inperking van vrijheid en keuze-mogelijkheden). Daarom is een second opinion ten aanzien van het bekwaamheidsoordeel op zijn plaats. In de woonvorm is dit door de verantwoordelijke hulpverlener voorgelegd aan het begeleidingsteam van een collega-instelling (arts, orthopedagoog en maatschappelijk werker).

Als ook het resultaat van de second opinion steun biedt voor het onbekwaamheidsoordeel, zal de hulpverlener zich ten aanzien van de begeleidingsbeslissing tot de vertegenwoordiger van T. moeten wenden. Deze vertegenwoordiger heeft met betrekking tot het bekwaamheidsoordeel en vooral ook het oordeel omtrent de voorgestelde begeleiding een eigen verantwoordelijkheid.

Wanneer de uitvoering van het begeleidingsvoorstel ertoe zou leiden dat de waandenkbeelden voldoende onder controle kunnen worden gebracht, zou er aanleiding kunnen zijn om opnieuw te beoordelen of T. ten aanzien van (onderdelen van) de begeleidingsbeslissing wilsbekwaam kan worden geacht.

5. SAMENVATTING

Wilsbekwaamheid

Een patiënt kan als wilsbekwaam worden beschouwd, als hij er blijk van geeft de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie te begrijpen naar de mate die voor de aard en de reikwijdte van de te nemen beslissing noodzakelijk is.

Die informatie betreft het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling maar ook de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt en de te verwachten gevolgen van het nalaten van het onderzoek of de behandeling.

Bij het geven van de informatie dient de hulpverlener zich te laten leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijs dient te weten ten aanzien van:

- a. de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen;*
- b. de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt [én de te verwachten gevolgen en risico's van het achterwege laten van het onderzoek of de behandeling];*
- c. andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen;*
- d. de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling.*

Wanneer bestaat aanleiding wilsbekwaamheid te beoordelen?

Het omgaan met en het behandelen en verzorgen van psychiatrische patiënten, verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten betekent voor hulpverleners dat zij in veel gevallen impliciet kunnen beoordelen of en zo ja, in hoeverre de patiënt wilsbekwaam is.

Een meer expliciete beoordeling van de bekwaamheid komt aan de orde als daar een concrete aanleiding voor bestaat.

Te denken valt aan situaties waarin de toestemming van de patiënt is vereist voor een ingrijpend onderzoek of een ingrijpende behandeling of wanneer de weigering van de patiënt ingrijpende consequenties kan hebben.

Wie beoordeelt wilsbekwaamheid?

Bij behandelingsbeslissingen beoordeelt in beginsel de hulpverlener, eventueel na overleg met (andere leden van) het behandelteam, of de patiënt wilsbekwaam is.

Als de patiënt een curator heeft, is het niet minder ook aan de curator zich een oordeel te vormen omtrent de wilsbekwaamheid ten aanzien van de concrete behandelingsbeslissing. Ook wanneer de patiënt een mentor heeft, zal het aan de mentor zijn zich een oordeel te vormen omtrent de wilsbekwaamheid ten aanzien van de concrete behandelingsbeslissing.

Ten aanzien van deze beoordeling behoudt de hulpverlener echter zijn eigen verantwoordelijkheid, in verband met de zorg die een goed hulpverlener bij zijn werkzaamheden in acht behoort te nemen. In het geval waarin, op grond van de WGBO (art. 446 e.v. van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek), een niet door de rechter benoemde vertegenwoordiger moet worden ingeschakeld, zal het in de eerste plaats de hulpverlener zijn die de bekwaamheid van de patiënt beoordeelt.

Wordt de patiënt wilsonbekwaam geacht, dan zal de hulpverlener zich immers moeten wenden tot de op grond van de WGBO in aanmerking komende vertegenwoordiger. Deze vertegenwoordiger heeft ook een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het bekwaamheidsoordeel.

Degene die de patiënt (van twaalf jaar of ouder) bij behandelingsbeslissingen vertegenwoordigt, moet de patiënt zoveel mogelijk bij de vervulling van zijn taak betrekken, en de zorg van een goed vertegenwoordiger betrachten.

Informatieverschaffing

Om wilsbekwaam te worden geacht, is van belang dat de patiënt er blijk van kan geven de aan hem verstrekte informatie te begrijpen. Daarom zal aan de patiënt voldoende en relevante informatie moeten worden verstrekt over

- de aard van zijn gezondheidstoestand
- de aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling
- de te verwachten gevolgen en de risico's daarvan voor de gezondheid of het welzijn van de patiënt
- de te verwachten gevolgen van het achterwege laten van het onderzoek of van de behandeling
- de eventuele alternatieven voor het onderzoek of de behandeling.

De informatie dient zoveel mogelijk afgestemd te worden op het bevattingsvermogen van de patiënt, waarbij de toestand en de omstandigheden waarin hij verkeert, in aanmerking dienen te worden genomen. Het er blijk van geven de informatie niet te hebben begrepen kan betekenen dat de patiënt wilsonbekwaam is. Het is echter evenzeer mogelijk dat de informatieverstrekking te wensen overlaat. Het herhalen of het op andere wijze verstrekken van de informatie is dan aangewezen. Bij behandelingsbeslissingen zal de informatie door de hulpverlener aan de patiënt worden verstrekt. Heeft de patiënt een curator of een mentor, dan kan ook op de curator of mentor de taak rusten (bepaalde) informatie aan de patiënt te geven.

In zo'n geval zal de hulpverlener de informatie dus niet alleen aan de patiënt zelf, maar ook aan diens curator/ mentor verschaffen, tenzij dit in strijd zou komen met de zorg die een goed hulpverlener bij zijn werkzaamheden in acht behoort te nemen.

Hoe blijkt dat patiënt informatie begrepen heeft?

De vaststelling of de patiënt de verstrekte informatie voldoende begrepen heeft, is vooral van belang bij onderzoeken of bij behandelingen met een ingrijpend karakter of ingrijpende consequenties. De uitingen van de patiënt, zowel de verbale als de non-verbale, moeten gewogen worden. Het gaat er steeds om de motieven van de patiënt voor een bepaalde keuze en eventuele tegenstrijdigheden in de uitlatingen van de patiënt te achterhalen.

Verzet van de wilsonbekwame patiënt tegen een verrichting van ingrijpende aard waarvoor de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven

Verzet de patiënt van twaalf jaar of ouder zich (gefundeerd) tegen een verrichting van ingrijpende aard, waarvoor de ouders, de curator/mentor, de gemachtigde, de echtgenoot of andere levensgezel, dan wel een ouder, kind, broer of zus van de patiënt toestemming heeft gegeven, dan kan die verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Toetsing en verslaglegging

Vanwege de soms ingrijpende gevolgen van de beslissing over wilsbekwaamheid, dient de beoordeling van wilsbekwaamheid zorgvuldig te worden verricht. De hulpverlener zal in het algemeen in het medische dossier van de patiënt behoren vast te leggen, op welke wijze de informatieverstrekking en de beoordeling van de wilsbekwaamheid heeft plaatsgevonden. Collegiale toetsing door het behandelteam en het vragen van een second opinion aan een niet bij de behandeling betrokken hulpverlener zijn bij ingrijpende beslissingen gebruikelijk. De beslissing over wilsbekwaamheid kan uiteindelijk door een klachteninstantie, de tuchtrechter of de gewone rechter worden getoetst. De beoordelaar zal dan over die beslissing verantwoording moeten afleggen.

BIJLAGE I: JURIDISCH KADER

De huidige praktijk heeft een wettelijke grondslag in een aantal wetten en wetsvoorstellen. In het navolgende zal worden aangegeven in welke situaties de kwestie van de wilsbekwaamheid volgens deze wetten en wetsvoorstellen een rol kan spelen.

Wet omtrent de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling

De wet omtrent de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (WGBO) (artikel 446 e.v. Boek 7 BW) expliciteert de rechtspositie van de patiënt met betrekking tot verrichtingen op het gebied van de geneeskunst, daarbij rekening houdend met de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener voor zijn handelen als goed hulpverlener. Ingevolge deze wet is voor het verrichten van een onderzoek of een behandeling het 'informed consent' van de patiënt vereist (art. 7:450). Dit betekent dat de toestemming van de patiënt moet zijn gebaseerd op door de hulpverlener verstrekte informatie over de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling, over de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt, en over eventuele alternatieven (art. 7:448). Bovendien dient deze informatie op een voor de betrokken patiënt duidelijke en begrijpelijke wijze te worden verschaft.

Indien de patiënt de leeftijd van 12 jaar nog niet heeft bereikt, dient de hulpverlener zijn uit de wet voortvloeiende verplichtingen na te komen jegens de ouders of voogd. Hij dient zo'n patiënt wel in te lichten op een wijze die past bij diens bevattingvermogen.

De kwestie van de wilsbekwaamheid kan aan de orde komen bij patiënten van 12 jaar en ouder. Indien een minderjarige patiënt van 12 jaar of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, dient de hulpverlener zijn verplichtingen na te komen jegens de ouders of voogd. De verplichtingen jegens een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake dient de hulpverlener na te komen jegens de wettelijke vertegenwoordiger (d.w.z. de curator en de mentor), of, als de patiënt geen wettelijke vertegenwoordiger heeft, jegens de persoon die door de patiënt schriftelijk gemachtigd is. Ontbreekt zodanige persoon, of treedt deze niet op, dan behoren de verplichtingen te worden nagekomen jegens de echtgenoot of andere levensgezel van de patiënt, tenzij zodanige persoon dat niet wenst. Indien ook zodanige persoon ontbreekt, worden de verplichtingen nagekomen jegens een ouder, kind, broer of zus van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst (art. 7:465).

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) regelt de onvrijwillige opname en het verblijf in psychiatrische ziekenhuizen, inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten, psychogeriatrische verpleeghuizen alsmede in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. De BOPZ is van toepassing op 24-uurs opname en betreft dus de intramurale zorg. Voor andere vormen van opname - en tijdelijk verblijf - geldt de WGBO.

De kwestie van de wilsbekwaamheid speelt in de BOPZ een rol bij de opname en bij de behandeling van de patiënt. Een van de criteria voor een onvrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis - naast de stoomis van de geestvermogens die betrokkene gevaar doet veroorzaken, dat niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psych iatrisch ziekenhuis kan worden afgewend - is dat betrokkene geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname en twaalf jaar of ouder is.

Over de behandeling bepaalt de BOPZ het volgende. Het uitgangspunt van de wet is dat behandeling alleen kan plaatsvinden op grond van een behandelingsplan waarmee de patiënt of, indien de behandelend arts beslist dat er sprake is van wilsonbekwaamheid, zijn vertegenwoordiger instemt.

Ook volgens de BOPZ is sprake van wilsonbekwaamheid 'indien de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de voorgestelde behandeling'.

Zonder instemming van patiënt of vertegenwoordiger kan in beginsel geen behandeling plaatsvinden.

Bij verzet van de patiënt kan geen behandeling worden toegepast, ook niet als deze niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake en er wel overeenstemming is met de vertegenwoordiger. Alleen voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoomis van de geestvermogens, af te wenden, mag dan het behandelingsplan worden toegepast. Wanneer sprake is van verzet tegen een behandeling door een patiënt, komt de vraag of de patiënt wilsonbekwaam of wilsbekwaam is dus niet aan de orde.

Dat geldt ook voor de toepassing van zogenoemde middelen en maatregelen als bedoeld in artikel 39 BOPZ. Het behandelingsplan heeft tot doel de stoomis zodanig te verbeteren dat het gevaar dat aan de opneming ten grondslag heeft gelegen, wordt weggenomen. Het plan heeft dan ook geen betrekking op andere behandelingen zoals de behandeling van somatische aandoeningen, behoudens die gevallen waarin een nauwe relatie bestaat tussen de geestelijke stoomis en de lichamelijke aandoening. In beginsel zal de WGBO in de grote meerderheid van de gevallen de oplossing kunnen bieden voor de behandeling van somatische aandoeningen, omdat dan met plaatsvervangende toestemming van de vertegenwoordiger kan worden gewerkt. Slechts in zeer uitzonderlijke gevallen zal moeten worden teruggevallen op de BOPZ. In dat geval mag de behandeling bij verzet van de patiënt dus niet worden toegepast, tenzij voldaan is aan de BOPZ-criteria voor dwangbehandeling (art. 38 lid 5 BOPZ).

Voor de behandeling van somatische aandoeningen die niet in verband staan met de onvrijwillige opneming, geldt de WGBO.

Wanneer een patiënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake, zal plaatsvervangende toestemming verkregen moeten worden. De plaatsvervangende toestemming van de vertegenwoordiger is op grond van de WGBO voldoende om een behandeling te doen plaatsvinden. Indien de vertegenwoordiger een beslissing neemt die de hulpverlener niet kan verenigen met de zorg van een goed hulpverlener, zal de hulpverlener echter moeten afwijken van de beslissing van de vertegenwoordiger.

Gefundeerd verzet van de patiënt tegen een behandeling zal een belangrijke rol spelen bij de oordeelsvorming van de arts of nakoming jegens de vertegenwoordiger wel verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener. Bij die afweging, die in zo'n geval gemaakt zal moeten worden, zal het gevaar dat het niet behandelen veroorzaakt voor de patiënt, ongetwijfeld een grote rol spelen.

Verzet de patiënt van twaalf jaar of ouder zich (gefundeerd) tegen een verrichting van ingrijpende aard, waarvoor de ouders, de curator, de mentor dan wel de gemachtigde, de echtgenoot of andere levensgezel, of een ouder, kind, broer of zus van de patiënt toestemming heeft gegeven, dan kan die verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen (art. 465, lid 6 Boek 7 BW).

De BOPZ bevat een regeling voor de rechterlijke machtiging op eigen verzoek. Personen die lijden aan een stoornis van de geestvermogens en een gevaar veroorzaken en die tevens bereid zijn om een behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis te ondergaan, kunnen een verzoek bij de officier van justitie indienen. Voor minder-j arigen geldt dat wanneer zij 'voldoende inzicht hebben in de eigen situatie' zij zelf de rechterlijke machtiging kunnen verzoeken. In artikel 41 van de BOPZ wordt de patiënt, elke andere in het ziekenhuis verblijvende patiënt, echtgenoot, ouders, familie en voogd of curator/mentor de mogelijkheid gegeven, te klagen over de beslissing van de voor de behandeling verantwoordelijke persoon dat de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de voorgestelde behandeling.

Wet inzake mentorschap ten behoeve van meerderjarigen

De kwestie van de wilsbekwaamheid speelt ingevolge deze wet, die de niet-vermogensrechtelijke vertegenwoordiging van meerderjarige onbekwamen regelt, allereerst een rol bij de instelling van het mentorschap. De kantonrechter kan een mentorschap slechts instellen, indien een meerderjarige als gevolg van zijn geestelijke of lichamelijke toestand tijdelijk of duurzaam niet in staat is of bemoeilijkt wordt zijn belangen van niet-vermogensrechtelijke aard zelf behoorlijk waar te nemen (art. 1:450 BW).

Tijdens het mentorschap is degene ten behoeve van wie het mentorschap is ingesteld onbevoegd rechtshandelingen te verrichten in aangelegenheden betreffende zijn verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding (art. 1:453). Met betrekking tot dergelijke rechtshandelingen wordt de betrokkene vertegenwoordigd door zijn mentor. De mentor is er echter wel toe gehouden de betrokkene zo veel mogelijk bij de vervulling van zijn taak te betrekken. De mentor bevordert dan ook dat de betrokkene rechtshandelingen en andere handelingen zelf verricht, indien deze tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat kan worden geacht (art. 1:454). Ook nadat het mentorschap eenmaal is ingesteld, blijft de kwestie van de wilsbekwaamheid dus voortdurend van belang. Het is de taak van de mentor om tijdens het mentorschap de bekwaamheid van de betrokkene te beoordelen.

Curatele

Een meerderjarige kan door de rechtbank onder curatele worden gesteld, indien hij als gevolg van een geestelijke stoornis, al dan niet met tussenpozen, niet in staat is of bemoeilijkt wordt zijn belangen behoorlijk waar te nemen. Daarnaast kan verkwisting of gewoonte van drankmisbruik een grond voor ondercuratelestelling vormen (art. 1:378 BW).

Door de ondercuratelestelling wordt de curandus handelingsonbekwaam. De curator treedt als wettelijk vertegenwoordiger voor de curandus op, zowel ter behartiging van diens financiële alsook bepaalde persoonlijke belangen. Een curandus is echter bekwaam rechtshandelingen te verrichten met toestemming van zijn curator. Ook is de curandus bekwaam overgelden die zijn curator voor levensonderhoud te zijner beschikking heeft gesteld, overeenkomstig deze bestemming te beschikken. Het is derhalve aan de curator te beoordelen, of de curandus bekwaam kan worden geacht om bepaalde rechtshandelingen (met toestemming) zelf te verrichten. Dit is te meer van belang omdat de curator - evenals de mentor - moet bevorderen dat de betrokkene rechtshandelingen en andere handelingen zelf verricht als hij daartoe in staat kan worden geacht. Ook gedurende de curatele moet de curator de bekwaamheid van de curandus dus beoordelen.

In geval van ondercuratelestelling op grond van verkwisting of gewoonte van drankmisbruik is de taak van de curator beperkter. De curandus blijft dan namelijk bekwaam tot het verrichten van familierechtelijke handelingen voor zover de wet niet anders bepaalt (art. 1:382 BW).

Onderbewindstelling ter bescherming van meerderjarigen

Indien een meerderjarige als gevolg van zijn lichamelijke of geestelijke toestand tijdelijk of duurzaam niet in staat is ten volle zijn vermogensrechtelijke belangen zelf behoorlijk waar te nemen, kan de kantonrechter een bewind instellen over één of meer van de goederen, die hem als rechthebbende toebehoren of zullen toebehoren (art. 1:431 BW). Tijdens het bewind komt het beheer over de onder bewind staande goederen niet toe aan de rechthebbende maar aan de bewindvoerder. Voorts kan de rechthebbende tijdens het bewind slechts met medewerking van de bewindvoerder of, indien deze weigerachtig is, met machtiging van de kantonrechter over de onder het bewind staande goederen beschikken.

De bewindvoerder heeft voor een aantal handelingen de toestemming van de rechthebbende of, indien deze daartoe niet in staat of weigerachtig is, de machtiging van de kantonrechter nodig (art. 1:441 lid 2 BW). De bekwaamheid van betrokkene wordt dus beoordeeld door de bewindvoerder en de kantonrechter.

Het maken van een testament

Voor het maken of het herroepen van een testament moet men handelingsbekwaam zijn. Deze bekwaamheid moet worden beoordeeld naar het moment waarop de uiterste wil wordt gemaakt. De bekwaamheid moet primair door de notaris worden beoordeeld. (zie hiervoor het protocol van de KNB)

Wet op de orgaandonatie

Indien een meerderjarige donor niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, is voor het verwijderen van een orgaan bij leven in plaats van toestemming van de donor de toestemming vereist van de wettelijke vertegenwoordiger, dan wel van de echtgenoot of andere levensgezel, dan wel van een ouder of meerderjarig kind van de donor. Tevens is de toestemming van de rechtbank vereist. Of de donor wilsbekwaam is, staat dus ter beoordeling van zowel de rechter als van één van de andere bovengenoemde personen. Bij een minderjarige die de leeftijd van 12 jaar nog niet heeft bereikt en bij een wilsbekwame minderjarige van 12 jaar of ouder mag de verwijdering bij leven van een orgaan slechts plaatsvinden indien de ouders of voogd alsmede de kinderrechter hiervoor toestemming hebben gegeven. De taak om vast te stellen of de minderjarige wilsbekwaam is, rust in dit geval dus zowel op de ouders of voogd alsook op de rechter.

Tot slot kunnen minderjarigen van twaalf jaar en ouder die in staat zijn tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake en wilsbekwame meerderjarigen toestemming verlenen tot het na hun overlijden bij hen verwijderen van (bepaalde) organen, dan wel daartegen bezwaar maken.

Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen

Volgens deze wet mag een experiment uitsluitend worden verricht met schriftelijke toestemming van de proefpersoon, na voldoende over het experiment te zijn geïnformeerd (art. 4). Indien het echter een proefpersoon van 12 jaar of ouder betreft die niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, is de schriftelijke toestemming van de ouders of voogd vereist, dan wel, indien de proefpersoon meerderjarig is, van de wettelijke vertegenwoordiger of van de echtgenoot of andere levensgezel van de betrokkene (art. 4, lid 1 onder c).

De bekwaamheid zal door degene die het experiment wil verrichten en vervolgens ook door de desbetreffende, hierboven genoemde vertegenwoordiger of andere persoon die gerechtigd is toestemming te geven, worden beoordeeld.

BIJLAGE II: ENIGE LITERATUUR

R.L.E Berghmans, Om bestwil, Paternalisme in de psychiatrie, *Een gezondheidsethische studie*, Amsterdam, 1992.

J.J.M, van Delden, *Het nalaten van medische behandelingen bij meerderjarige wilsonbekwame mensen*, Gezondheidsraad, Den Haag, 1991.

R. Dillmann en J. Legemaate, Ethiek, recht en dementie, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1992, nr.7/8, p. 827-846.

C.J. van de Klippe, Wilsonbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1990, nr. 2, p. 123-138

KNMG-Commissie aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen, *Discussienota III: ernstigemente patiënten*, Utrecht, 1993.

The Law Commission, *Mentally incapacitated adults and decision- making: medical treatment and research*, aconsultationpaper, London, 1993.

J. Legemaate, Criteria voor wilsonbekwaamheid, *Nederlands Juristenblad*, 1992, afl. 6, p. 190-193.

J. Legemaate, De rechtspositie van wilsonbekwame patiënten: stand van zaken. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1994, nr. 6, p. 327-340.

G. Metz en L. Perquin, Werken met een behandelingsovereenkomst in de psychiatrie, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1991, nr 12, p. 1326-1340.

A.J. Tholen, *Wilsbekwaamheid bij een verzoek om levensbeëindigend handelen*, Medisch Contact, 1993, nr. 47, p. 1480-1482.

E-B van Veen, *Schriftelijke wilsverklaringen*, een juridische studie opgesteld op verzoek van de KNMG, 1993.

E-B van Veen, *De meerderjarige wilsonbekwame patiënt*, in: J. Legemaate (red.), *De WGBO: van tekst naar toepassing*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1995, p. 33-47.

D.N. Weisstub e.a., *Enquiry on mental competency*, Final report, Toronto, 1991.

BIJLAGE III: SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Aan de werkgroep hebben de volgende personen (op persoonlijke titel) deelgenomen:

- Drs. T.J.E.M. Bakker, psychogeriater, Stichting Verpleeghuizen NWN;
- Mr. G.V.C. Dekker, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid;
- Mevrouw mr. H. de Groot-vanWijk, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie WJZ;
- Mr. I. Jansen, Ministerie van Justitie, Staf afdeling Wetgeving Privaatrecht, *voorzitter*;
- Mevrouw mr. C.J. van de Klippe, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid;
- H.R.Th. Kröber, directeur Pameijer Stichting;
- Prof. mr. J. Legemaate, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit;
- Mevrouw mr. M. Verweel, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie GVC, *secretaris*;
- Mevrouw mr. I. Westman-Jansen, Ministerie van Justitie, Stafafdeling Wetgeving Privaatrecht, *secretaris*.
- Prof. mr. F.C.B. van Wijmen, Vakgroep Gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Limburg;
- Mr. R.H. Zuijderhoudt, psychiater, Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest.