

Bijlage 8

Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt

Modelrichtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg, gebaseerd op de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), bedoeld voor de praktijk bij het informeren van de meerderjarige wilsonbekwame patiënt en/of zijn vertegenwoordiger en het vragen om toestemming voor een onderzoek of behandeling. Deze modelrichtlijn is een aanvulling op de 'Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming voor een onderzoek of behandeling' (Bijlage 4). Voor informatie en toestemming bij minderjarigen bestaat een aparte Modelrichtlijn (Bijlage 7).

Inhoudsopgave	Nrs.
Informatie en toestemming bij meerderjarige wilsonbekwame patiënten	1
Wilsonbekwaamheid	2-5
Toestemming van een vertegenwoordiger	6
De vertegenwoordiger	7
Goed vertegenwoordigerschap	8
Goed hulpverlenerschap	9
Verzet van de wilsonbekwame patiënt	10
Een schriftelijke wilsverklaring	11-13
Noodsituatie	14
Hoogst persoonlijke beslissingen	15
Dwangtoepassing en vrijheidsbeperking	16-18
Aandachtspunten voor de wijze van informeren en toestemming vragen bij meerderjarige wilsonbekwame patiënten	19

Informatie en toestemming bij meerderjarige wilsonbekwame patiënten

1. In de WGBO staan specifieke regels voor het geven van informatie en/of het verkrijgen van toestemming bij een wilsonbekwame patiënt (art. 7:465 BW). Die regels worden in deze richtlijn beschreven en toegelicht.

Wilsonbekwaamheid

2. De algemeen gehanteerde en aanvaarde definitie van 'wilsonbekwame patiënten' die ook de WGBO als uitgangspunt neemt, is: *Patiënten die niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake van een beslissing of situatie die aan de orde is.*

3. Uitgangspunt is dat de patiënt wilsbekwaam moet worden geacht, tot het tegendeel is komen vast te staan. Een patiënt is volledig wilsbekwaam ter zake van een beslissing wanneer hij voldoet aan vier criteria. Het minst wilsbekwaam is hij wanneer hij alleen aan het eerste criterium - of zelfs dit niet - voldoet. De criteria zijn:
- kenbaar maken van een keuze;
 - begrijpen van relevante informatie;
 - beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie;
 - logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties.
4. Wilsonbekwaamheid in de WGBO heeft betrekking op het beslissingsvermogen van een patiënt om een bepaalde keuze in een bepaalde context te maken. Wilsbekwaamheid is dus geen eigenschap van een bepaalde groep personen (bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten). Wilsbekwaamheid kan fluctueren in de tijd en kan variëren per beslissings- of handeldingsdomein. Een beoordeling moet dus periodiek plaatsvinden en gericht zijn op verschillende, voor het handelen van de betrokkene relevante vaardigheden.
5. Voor het toetsen van wilsbekwaamheid is een aparte handreiking ontwikkeld.¹

Toestemming van een vertegenwoordiger

6. Als een patiënt wilsonbekwaam wordt geacht terzake van een aan de orde zijnde aangelegenheid, dan moet een vertegenwoordiger toestemming geven voor een door de hulpverlener voorgesteld onderzoek of voorgestelde behandeling.

De vertegenwoordiger

7. De WGBO hanteert de volgende rangorde voor de vraag wie als vertegenwoordiger kan optreden (art. 7:465 lid 3 BW).
1. de (door de rechter benoemde) curator of mentor;
 2. de schriftelijk gemachtigde; dit is een persoon die de patiënt toen hij nog wilsbekwaam was, gemachtigd heeft om in geval van wilsonbekwaamheid namens hem op te treden;
 3. de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel van de patiënt;
 4. de ouder, kind, broer of zus van de patiënt.

Wanneer binnen dezelfde rangorde meerdere personen in aanmerking komen om als vertegenwoordiger op te treden, dan vraagt de hulpverlener allereerst deze personen om zelf één persoon uit hun midden aan te wijzen als vertegenwoordiger van de patiënt. Wanneer zij onderling van mening verschillen over de vraag wie uit hun midden het beste de vertegenwoordiger kan zijn, mag de hulpverlener zelf één persoon verzoeken om als vertegenwoordiger op te treden. Dit moet de persoon zijn die naar zijn mening de belangen van de patiënt het beste zal behartigen. Wanneer er geen vertegenwoordiger te vinden is, kan de hulpverlener ofwel handelen op eigen gezag ofwel de benoeming van een mentor

¹ Zie: Bijlage 9, 'Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid'.

initieëren. Het ligt meer voor de hand om voor het laatste te kiezen als sprake is van een structurele/irreversibele wilsonbekwaamheid én er een ingrijpende maatregel/maatregelen moet(en) worden verricht. Het is immers van belang dat er een persoon is die voor de patiënt meedenkt en meebeslist over belangrijke beslissingen over de zorg die een hulpverlener aan de patiënt wil verlenen.

Goed vertegenwoordigerschap

8. De vertegenwoordiger behoort zich volgens de WGBO te gedragen als een ‘goed vertegenwoordiger’ en de patiënt zoveel mogelijk bij zijn taken te betrekken. In de volgende situaties is in elk geval geen sprake van ‘goed vertegenwoordigerschap’:
 - de vertegenwoordiger baseert een beslissing nadrukkelijk op zijn eigen waarden en normen en niet op die van de patiënt;
 - de vertegenwoordiger neemt een beslissing die schadelijk is voor de patiënt terwijl deze beslissing bovendien niet gesteund wordt door een eerdere wilsverklaring van de patiënt;
 - de vertegenwoordiger verlangt van de hulpverlener handelingen die medisch zinloos zijn of strijdig met de professionele standaard.

Goed hulpverlenerschap

9. De hulpverlener kan een beslissing van een vertegenwoordiger naast zich neerleggen als hij, door deze beslissing op te volgen, niet zou handelen als goed hulpverlener. De hulpverlener behoort in overeenstemming met de professionele standaard te handelen. Het is daarbij de professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener om soms ook af te wijken van het oordeel van de vertegenwoordiger.

Verzet van de wilsonbekwame patiënt

10. Verzet de patiënt zich tegen het uitvoeren van een ingrijpende behandeling ondanks de toestemming van zijn vertegenwoordiger, dan kan de hulpverlener de behandeling toch toepassen als achterwege laten van die behandeling kennelijk ernstig nadeel zou opleveren voor de patiënt. Voorbeeld is wanneer de patiënt zonder de behandeling in een levensbedreigende of ernstig invaliderende, chronische situatie terecht zou komen. Maar ook minder ernstige gevolgen die wel de gezondheidssituatie van de patiënt ernstig kunnen raken, zijn voorstelbaar.

Een schriftelijke wilsverklaring

11. Een schriftelijke wilsverklaring is een door de wilsbekwame patiënt opgestelde verklaring voor de toekomstige situatie dat de patiënt wilsonbekwaam is geworden. In een positieve schriftelijke wilsverklaring, bijvoorbeeld een levenswensverklaring of een zelfbindingsverklaring, verzoekt een patiënt de hulpverlener om bepaalde handelingen te verrichten. De hulpverlener is niet verplicht een dergelijke wilsverklaring

te volgen en zal deze zelfs moeten negeren als hij daarmee afwijkt van de professionele standaard. Ook wanneer het handelen waartoe de wilsverklaring oproept naar het oordeel van de hulpverlener medisch zinloos is, is de hulpverlener niet verplicht de verklaring na te leven. De positieve schriftelijke wilsverklaring is, met andere woorden, een niet bindend verzoek aan de hulpverlener. Het is raadzaam dat de hulpverlener bij aanvang van de behandelingsovereenkomst informeert naar de aanwezigheid van een wilsverklaring. Als deze verklaring aanwezig is, moet dit aanleiding zijn voor een gesprek tussen de hulpverlener en de (wilsbekwame) patiënt en/of diens vertegenwoordiger. Doel van dit gesprek is om samen na te gaan hoe de verklaring wordt geïnterpreteerd en hoe met de verklaring zal worden omgegaan. Hierbij wordt gekeken naar de situaties waarop de wilsverklaring van toepassing moet worden geacht. De bedoeling van de opsteller (de patiënt) staat hierbij centraal.

12. De hulpverlener is in principe wel verplicht om een negatieve schriftelijke wilsverklaring op te volgen (art. 7:450 lid 3 BW). Een negatieve schriftelijke wilsverklaring is de schriftelijke weigering van de patiënt, opgesteld toen hij nog wilsbekwaam was, om in tijden van wilsonbekwaamheid een bepaald onderzoek of een bepaalde behandeling te ondergaan. Een voorbeeld is de non-reanimatieverklaring. Alleen wanneer de hulpverlener 'gegronde redenen' heeft voor het passeren van de verklaring, kan hij deze verklaring naast zich neerleggen. Gegronde redenen kunnen zijn dat de hulpverlener twijfelt aan de echtheid, de ondertekening of de interpretatie van de verklaring. Ook kunnen zich nieuwe ontwikkelingen en medische mogelijkheden hebben voorgedaan sinds het opstellen van de verklaring waardoor redelijkerwijs mag worden aangenomen dat de redenen voor de patiënt om de verklaring te maken, zijn vervallen. De hulpverlener interpreteert de schriftelijke weigering altijd in het licht van de bedoeling van de opsteller (patiënt).
13. De hulpverlener behoort zijn verplichtingen op het gebied van de informatieverstrekking en het vragen van toestemming na te komen tegenover één van de hierboven genoemde vertegenwoordigers van de patiënt, tenzij die nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.

Noodsituatie

14. Als sprake is van een acute noodsituatie waarin de tijd ontbreekt om toestemming van de vertegenwoordiger te vragen, dan kan de hulpverlener ook zonder diens toestemming handelen (art. 7:466 lid 1 BW).

Hoogstpersoonlijke beslissingen

15. In het algemeen wordt aangenomen dat de vertegenwoordiger geen hoogst persoonlijke beslissingen mag nemen voor de patiënt, zoals het afzien van een levensreddende behandeling, instemmen met een sterilisatie en het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring. Wel is de visie van de vertegenwoordiger belangrijk voor het maken van een reconstructie van de wil van de patiënt.

Dwangtoepassing en vrijheidsbeperking

16. Een dwangbehandeling op grond van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), richt zich op de stoornis van de patiënt. Een somatische dwangbehandeling, zoals een gedwongen operatie, valt onder de WGBO en kan - zowel bij wils- onbekwame patiënten die onder de Wet Bopz vallen als bij wilsonbekwame patiënten die daar niet onder vallen - worden toegepast onder de volgende voorwaarden:

- de patiënt is wilsonbekwaam en verzet zich tegen de behandeling het gaat om een behandeling van ingrijpende aard, die nodig is om *kennelijk ernstig nadeel* voor de patiënt weg te nemen;
- de vertegenwoordiger stemt in met de dwangbehandeling (of de vertegenwoordiger weigert, maar de hulpverlener acht nalaten van behandeling in strijd met de zorg van een goed hulpverlener);

Kernvoorwaarde is dat de behandeling nodig is om kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt weg te nemen.

17. De WGBO laat ruimte voor vrijheidsbeperkingen, niet voor vrijheidsbeneming. Vrijheidsbeneming wil zeggen: de onmogelijkheid om de afdeling/instelling te verlaten. Is sprake van vrijheidsbeneming, dan kan alleen een maatregel op grond van de Wet Bopz daarvoor een basis bieden.²

18. Wil vrijheidsbeperking (onder de WGBO) zijn toegestaan, dan moet deze:

- onvermijdelijk zijn om (lichamelijk) lijden te verhelpen of te voorkomen;
- worden opgenomen en verantwoord in het dossier van de patiënt;
- in het geval van een wilsonbekwame patiënt plaatsvinden met instemming van zijn ver-
tegenwoordiger;
- regelmatig worden beoordeeld op de noodzaak tot continuering;
- zo kort mogelijk worden toegepast;
- niet de facto tot vrijheidsbeneming leiden.

Aandachtspunten voor de wijze van informeren en toestemming vragen bij meerderjari- ge wilsonbekwame patiënten

19. Besteed bij het informeren en toestemming vragen bij meerderjarige patiënten in het bijzonder aandacht aan het volgende.

- Iedere patiënt wordt voor wilsbekwaam gehouden totdat het tegendeel is bewezen. Wilsbekwaamheid is het uitgangspunt.
- De actuele situatie is maatgevend. Door neutrale, enkelvoudige en gesloten vragen te stellen (de patiënt kan met 'ja' en 'nee' antwoorden), kan de actuele wil van de patiënt zo goed mogelijk in beeld worden gebracht.

² Zie voor voorbeelden van vrijheidsbeperkingen: § 5.3.2 van de Toelichting op deze Modelrichtlijn.

- Benader patiënt en vertegenwoordiger in beginsel rechtstreeks.
- De vertegenwoordiger betreft de patiënt zo veel mogelijk bij de uitvoering van zijn taak en neemt als leidraad voor zijn optreden:
 - De schriftelijke wilsverklaring van de patiënt (wanneer aanwezig), voorzover hierin aanknopingspunten zijn te vinden voor de situatie waarover beslist moet worden;
 - De reconstructie van de wens van de patiënt.
- De communicatie met meerderjarige wilsonbekwame patiënten, bijvoorbeeld dementerende patiënten, kan worden bemoeilijkt door cognitieve beperkingen. Multidisciplinair overleg tussen bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en verzorgenden die direct bij de zorgverlening zijn betrokken, levert vaak een goede bijdrage aan het vertalen van de normen van informatie en toestemming naar de context van de betrokken patiënt; een verpleegkundige weet bijvoorbeeld vaak wat een patiënt wel of niet prettig vindt.
- Stem de inhoud van de informatie af op het begrips- en bevattingsvermogen van de patiënt. In veel gevallen kan mondelinge informatie worden ondersteund met visuele hulpmiddelen die aansluiten bij het bevattingsvermogen van de patiënt, zoals foto's, tekeningen, poppen, pictogrammen en dergelijke.
- Vermijd zo veel mogelijk vakjargon. Een wilsonbekwame patiënt onthoudt complexe medische termen doorgaans slecht.
- Het is verstandig om voor meerderjarige wilsonbekwame patiënten en hun vertegenwoordiger meer tijd in te roosteren dan voor andere patiënten. Ook moet rekening worden gehouden met vervolgesprekken waarin informatie kan worden herhaald.
- Vraag in een intakegesprek aan patiënt en familie/vertegenwoordiger actief en open wat zij belangrijk vinden bij de behandeling en verzorging.
- Het is aan te raden vervolgesprekken te voeren onder gelijke omstandigheden als waarin het eerste gesprek plaatsvond. De patiënt kan informatie dan vaak makkelijker terughalen. Check of de informatie door de patiënt of de vertegenwoordiger is begrepen. Is dit niet het geval, organiseer dan zo mogelijk een vervolgesprek om de informatie te herhalen en over onduidelijkheden te spreken.
- Is de patiënt in het bezit van een schriftelijke wilsverklaring, bespreek dan de daarin verwoorde wensen met de patiënt. Dat voorkomt interpretatieproblemen op het moment dat uitvoering van de verklaring aan de orde is.
- Leg in het dossier vast wie de vertegenwoordiger van de patiënt is. Dat bevordert een heldere besluitvorming. Het is raadzaam de familie te vragen dit in een schriftelijke verklaring vast te leggen.

Toelichting op de modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt

Inhoudsopgave

1	Inleiding	98
2	De wettelijke regeling in het kort	98
3	Beoordeling van wilsonbekwaamheid	99
4	Vaak gestelde vragen	101
4.1	Wie is de vertegenwoordiger?	102
4.2	Wie is vertegenwoordiger als er meerdere gegadigden zijn?	102
4.3	Wat te doen bij onenigheid tussen de gegadigden?	102
4.4	Wat te doen als er geen vertegenwoordiger is te vinden?	103
4.5	Goed vertegenwoordigerschap en goed hulpverlenerschap: welke verantwoordelijkheid heeft de vertegenwoordiger en wat betekent dit voor de hulpverlener?	104
4.6	Moet de hulpverlener ook toestemming van een vertegenwoordiger vragen in een acute noodsituatie?	106
4.7	Mag een vertegenwoordiger alle beslissingen nemen?	107
4.8	Verzet van de patiënt: wanneer is dwangbehandeling toegestaan?	107
4.9	Moet de hulpverlener een positieve schriftelijke wilsverklaring van de patiënt opvolgen?	107
4.10	Welke betekenis heeft een positieve schriftelijke wilsverklaring bij verzet?	108
4.11	Moet de hulpverlener een schriftelijke weigering altijd opvolgen?	108
5	Verzet, dwangtoepassing en vrijheidsbeperking: de verhouding WGBO-Wet Bopz	109
5.1	Verhouding WGBO – Wet Bopz	109
5.2	WGBO en Wet Bopz soms naast elkaar van toepassing	110
5.3	Vragen en knelpunten in de praktijk	111
5.3.1	Wanneer is sprake van ‘verzet’?	111
5.3.2	Laat de WGBO het toepassen van vrijheidsbeperkingen toe?	112
5.3.3	Laat de WGBO dwangbehandeling toe?	113
5.3.4	Ook WGBO: somatische behandeling van een onvrijwillig opgenomen patiënt	115
6	Aandachtspunten bij het informeren en toestemming vragen aan (vertegenwoordigers van) meerderjarige wilsonbekwame patiënten	116

1 Inleiding

De relatie van hulpverleners met meerderjarige wilsonbekwame patiënten vraagt een grote mate van zorgvuldigheid. Voor hulpverleners is het niet altijd duidelijk welke specifieke eisen de WGBO stelt bij het informeren van en toestemming vragen aan meerderjarige wilsonbekwame patiënten en hun vertegenwoordigers. Zelfs is niet altijd duidelijk wie als vertegenwoordiger kan worden aangesproken. Daarom behandelt deze toelichting niet alleen specifieke problematische praktijksituaties. Ook de hoofdregels van de WGBO die van belang zijn voor de relatie tussen hulpverleners en meerderjarige wilsonbekwame patiënten, zoals beschreven in de Modelrichtlijn, worden verduidelijkt. Doelgroep van deze Modelrichtlijn zijn hulpverleners die te maken krijgen met wilsonbekwame meerderjarigen. Dat neemt niet weg dat § 3, die gaat over het vaststellen van wilsonbekwaamheid, ook van belang is voor minderjarigen.³ De behandeling van de onderwerpen en het aanreiken van oplossingsrichtingen vindt hierna voornamelijk plaats aan de hand van vaak gestelde vragen en casuïstiek. Die keuze is gemaakt vanwege de wens om zo nauw mogelijk bij de praktijk aan te sluiten en een verduidelijking te geven voor de omgang met de normen uit de WGBO in concrete situaties.

2 De wettelijke regeling in het kort

Wanneer een meerderjarige patiënt wilsonbekwaam (terzake) is, zijn drie bepalingen uit de WGBO in het bijzonder van belang. In die bepalingen staan bijzondere regels voor het geven van informatie en het vragen van toestemming. Het gaat om de artikelen 7:450, 465 en 466 BW. Deze bepalingen leveren in de praktijk de meeste vragen en onduidelijkheden op. In § 4 wordt op deze vragen antwoord gegeven. Het gaat om de volgende thema's.

De rangorde van vertegenwoordigers

Artikel 7:465 lid 3 BW hanteert een rangorde voor de vraag wie als vertegenwoordiger van de patiënt moet worden aangemerkt. In § 4.1 wordt deze rangorde verder uiteengezet.

Goed hulpverlenerschap en goed vertegenwoordigerschap

In art. 7:465 lid 4 BW staat dat de hulpverlener zijn verplichtingen nakomt tegenover de wettelijk vertegenwoordiger. Op die regel kan de hulpverlener een uitzondering maken als die nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een 'goed hulpverlener'. Art. 7:465 lid 5 BW bepaalt verder dat deze persoon de zorg betracht van een 'goed vertegenwoordiger'. Hij moet de patiënt zoveel mogelijk bij de vervulling van zijn taak betrekken. In § 4.5 wordt aan de hand van vaak gestelde vragen verduidelijkt welke betekenis de begrippen 'goed hulpverlenerschap' en 'goed vertegenwoordigerschap' hebben voor de mate van zeggenschap van een vertegenwoordiger. Ook komt aan de orde wat een hulpverlener kan doen als hij geen (geschikte) vertegenwoordiger kan aanspreken.

³ Zie voor de regels over informatie en toestemming bij minderjarigen verder: Bijlage 7, 'Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een minderjarige patiënt' en de toelichting op die Modelrichtlijn.

Acute situaties

In de wet (art. 7:466 lid 1 BW) is een regeling opgenomen over acute situaties: situaties waarin de tijd ontbreekt om een vertegenwoordiger te raadplegen terwijl behandeling dringend noodzakelijk is. Deze situaties komen in § 4.6 aan de orde.

Verzet van de patiënt

Als een vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven maar de patiënt zich tegen de uitvoering daarvan verzet, ontstaat een moeilijke situatie. De WGBO (art. 7:465 lid 6 BW) bevat een mogelijkheid om onder bepaalde omstandigheden dan toch behandeling (onder dwang) toe te passen. In de paragrafen 4.8, 4.9, 4.10 en 5.3 komt deze mogelijkheid aan de orde in verschillende casusposities.

De schriftelijke wilsverklaring

In de WGBO (art. 7:450 lid 3 BW) is een regeling opgenomen over de zogenaamde negatieve schriftelijke wilsverklaring; een schriftelijke verklaring van de patiënt, opgesteld toen deze nog wilsbekwaam was, met als inhoud een weigering om in geval van wilsonbekwaamheid een bepaalde behandeling te ondergaan.

3 Beoordeling van wilsonbekwaamheid

De algemeen gehanteerde en aanvaarde definitie van ‘wilsonbekwame patiënten’ die ook de WGBO als uitgangspunt neemt, is: *Patiënten die niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake van een beslissing of situatie die aan de orde is.*

Wanneer een patiënt wilsonbekwaam wordt geacht, dan is een van de gevolgen dat de hulpverlener zich voor het nemen van een bepaald besluit moet richten tot de vertegenwoordiger van de patiënt. De hulpverlener informeert deze vertegenwoordiger over de voorgestelde behandeling van de patiënt en vraagt hem om toestemming. De hulpverlener moet de beslissing van de vertegenwoordiger volgen voor zover dit te verenigen is met de zorg van een goed hulpverlener.

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

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

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

In het algemeen is van wilsonbekwaamheid sprake in situaties waarin iemand niet in staat is bepaalde informatie te begrijpen en te waarderen, noch op grond van een afweging van die informatie tot een beslissing te komen. Het element *waarderen* van de informatie en van mogelijke gevolgen houdt in dat iemand de informatie (en gevolgen) op zichzelf moet kunnen betrekken.⁴

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

Sommige categorieën patiënten missen wel het vermogen om over alles (comateuze patiënten) of over veel zaken (ernstig demente patiënten) een weloverwogen besluit te nemen. Meestal is het echter zo dat in wisselende mate en in de tijd fluctuerende beperkingen in de beslisvaardigheid optreden. Dat betekent dat de hulpverlener zich niet alleen moet afvragen *HOE* hij de wilsbekwaamheid beoordeelt, (hoe nauwkeurig en hoe streng de vereiste voor beslisvaardigheid in die context), maar ook *WANNEER* hij beoordeelt (onder welke omstandigheden komen gedragingen en (voorgenomen) keuzes in aanmerking voor verdere toetsing op basis van criteria).

De vragen naar *HOE* en *WANNEER* moeten onderscheiden worden omdat wilsbekwaamheid kan fluctueren in de tijd en kan variëren per beslissings- of handeldomein. Een beoordeling moet dus periodiek plaatsvinden en gericht zijn op verschillende, voor een weloverwogen oordeel van de betrokkene relevante vaardigheden. Het is van belang om rekening te houden met de ziekte of stoornis op grond waarvan er twijfel is gerezen over de wilsbekwaamheid. Afhankelijk van de aard van de aandoening (reversibel, zoals bij een delier; stationair, zoals bij een verstandelijke handicap; of progressief, zoals bij dementie) is herhaalde beoordeling aangewezen. Wilsbekwaamheid is dus ook ziektespecifiek.

In beginsel gaat de hulpverlener uit van de wilsbekwaamheid van de betrokkene (de zogenaamde presuppositie van bekwaamheid). Om tot een beoordeling over te gaan moet er een

⁴ Ter ondersteuning van de beoordeling van wils(on)bekwaamheid van patiënten is de MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment voor de praktijk bruikbaar. Zie: T. Grisso and P.S. Appelbaum, ‘The MacArthur Treatment Competence Study III. Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical treatments’, *Law and Human Behavior*, vol. 19, no. 2, pp. 149-174.

duidelijke aanleiding te vinden zijn in de (voorgenomen) keuze of beslissing van de patiënt. Hulpverleners moeten daarbij vooral kijken naar de consequenties van die beslissing voor gezondheid en welzijn van de patiënt. Hierbij gelden de volgende overwegingen:

1. Hoe complexer de situatie en hoe ernstiger de gevolgen van de te nemen beslissing, des te meer zorgvuldigheid moet de hulpverlener betrachten. Bij wilsonbekwaamheid zal een hulpverlener eerder tot (eventuele dwang-)behandeling overgaan als niets doen ernstige gevolgen heeft en de voordelen van de behandeling opwegen tegen de eventuele nadelen. Gaat het om een weinig belastende ingreep, een behandeling van een urineweginfectie bij een demente patiënt, dan kunnen de eisen relatief lager zijn. Ook al is er gereede twijfel aan de beslisvaardigheid van de patiënt, de hulpverlener zal een eventuele weigering van de patiënt kunnen accepteren als de gevolgen daarvan naar zijn inschatting gering zijn.
2. Verschillende keuzen over gelijke (behandel)beslissingen worden ongelijk gewogen. Instemming met een medisch geïndiceerde behandeling wordt anders gewogen dan de weigering daarvan. Aan een weigering kunnen hogere competentie-eisen worden gesteld. Dit aspect, ook wel de 'asymmetrie' van de wilsbekwaamheid genoemd, vloeit voort uit de vorige overweging.
3. De hulpverlener mag bij de wens van een levensreddende behandeling in beginsel uitgaan van wilsbekwaamheid. Deze overweging vloeit deels voort uit de asymmetrie van wilsbekwaamheid, maar heeft ook een belangrijke ethische achtergrond. Deze is uiteindelijk gelegen in de opdracht van de geneeskunde. Uiteraard betekent dat niet dat wie leven wil altijd bekwaam is en altijd behandeld moet worden. Behalve de wens van de patiënt gelden ook professionele overwegingen. Het betekent wel dat er vanuit ethisch oogpunt een belangrijk verschil is tussen de situatie waarin een vitale behandeling wordt geweigerd en de situatie waarin daarmee wordt ingestemd.⁵

Voor het toetsen van wilsbekwaamheid is een speciale handreiking ontwikkeld.⁶

4 Vaak gestelde vragen

In de praktijk doen zich veelvuldig momenten voor die vragen en onduidelijkheden oproepen bij hulpverleners over hun relatie tot wilsonbekwame meerderjarige patiënten en hun vertegenwoordiger. Hieronder vindt u antwoorden op vaak gestelde vragen, waar mogelijk geïllustreerd met voorbeelden.

⁵ Ontleend aan de NVVA-nota Medische Zorg met Beleid. Handreiking voor de besluitvorming over verpleeghuisgeneeskundig handelen bij dementerende patiënten, NVVA, Utrecht, 1997.

⁶ Bijlage 9, 'Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid'.

4.1 Wie is de vertegenwoordiger?

Als de hulpverlener tot de conclusie is gekomen dat de patiënt niet in staat is om over een voorgenomen onderzoek of behandeling te beslissen, dan moet hij een vertegenwoordiger daarover informeren en hem om toestemming vragen voor de uitvoering ervan. In de praktijk is echter niet altijd duidelijk wie de hulpverlener als vertegenwoordiger kan aanspreken. De WGBO hanteert de volgende volgorde.

1. curator of mentor (ook wel genoemd: de wettelijk vertegenwoordiger);
2. schriftelijk gemachtigde;
3. echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel;
4. ouder, kind, broer of zus van de patiënt.

Bij ontbreken van een curator of mentor (groep 1) komt de schriftelijk gemachtigde in aanmerking om de rol van vertegenwoordiger te vervullen. De schriftelijk gemachtigde is de persoon die de patiënt toen hij nog wilsbekwaam was schriftelijk heeft gemachtigd om in geval van wilsonbekwaamheid als vertegenwoordiger voor hem op te treden. Heeft de patiënt geen schriftelijk gemachtigde aangewezen of heeft hij dat wel gedaan maar treedt deze feitelijk niet op, dan komt de echtgenoot, partner of levensgezel (groep 3) in aanmerking en zo verder.

4.2 Wie is vertegenwoordiger als er meerdere gegadigden zijn?

Het uitgangspunt van de WGBO is dat er één vertegenwoordiger namens de meerderjarige wilsonbekwame patiënt optreedt. Om te bepalen wie dit is, hanteert de WGBO een rangorde (zie hiervoor § 4.1). Wanneer *meer personen binnen dezelfde rangorde* (bijvoorbeeld 4 broers en/of zussen) voor vertegenwoordiging in aanmerking komen, kan de hulpverlener allereerst deze personen vragen zelf één persoon uit hun midden aan te wijzen als vertegenwoordiger. De hulpverlener kan deze vraag bijvoorbeeld stellen in het intakegesprek. Het verdient aanbeveling de naam van deze door de familie aangewezen vertegenwoordiger schriftelijk aan te tekenen in het dossier.

4.3 Wat te doen bij onenigheid tussen de gegadigden?

In de praktijk komt het voor dat er binnen de familie meerdere gegadigden zijn die onderling met elkaar van mening verschillen over de te nemen beslissing. Ook komt voor dat binnen de familie onenigheid heerst over de vraag wie de rol van vertegenwoordiger het beste kan 'dragen'. De hulpverlener mag in zo'n geval afgaan op de persoon die naar zijn mening de belangen van de patiënt het beste kan behartigen. De hulpverlener mag deze persoon dus verzoeken als vertegenwoordiger op te treden. Dit oordeel kan hij baseren op uitlatingen van de patiënt, de voorgeschiedenis van de patiënt (voor zover bekend), de frequentie van bezoek en contact met de patiënt, et cetera.

De hulpverlener doet er goed aan zijn keuze en de motieven daarvoor in het dossier te noteren. Zijn de andere familieleden het met de gemaakte keuze niet eens, dan kunnen zij een

mentorschap aanvragen bij de kantonrechter. In het uiterste geval kunnen zij een kort geding starten.

4.4 Wat te doen als er geen vertegenwoordiger is te vinden?

In uitzonderlijke situaties komt het voor dat niemand die daar volgens de WGBO voor in aanmerking komt, bereid is om als vertegenwoordiger op te treden. Ook komt voor dat een patiënt geen door de WGBO genoemde relaties (meer) heeft die hem zouden kunnen vertegenwoordigen.

In het eerste geval is het van belang dat de hulpverlener nagaat wat de redenen voor de terughoudendheid zijn. Schrikt men terug voor de verantwoordelijkheid of zijn er mogelijk spanningen of conflicten in de familie? In voorkomende gevallen kan de arts - als uitweg in dit soort situaties - de familie voorstellen om zelf een verzoek in te dienen bij de kantonrechter tot benoeming van een mentor. Wanneer een patiënt langdurig in een zorginstelling verblijft, kan een dergelijk verzoek desgewenst ook door de leiding van de instelling worden gedaan. De betrokken hulpverlener kan de instelling vragen dat te doen.

In het tweede geval kan een dergelijk verzoek uiteraard alleen van de hulpverlener cq. de instelling uitgaan. Overigens zal deze situatie - gelet op demografische ontwikkelingen en een te verwachten toename van het aantal (kinderloze) alleenstaanden - in de nabije toekomst steeds vaker voorkomen. Tegen deze achtergrond bezien gaat de huidige wet mogelijk nog te sterk uit van traditionele relatievormen en familieverbanden en houdt zij nog te weinig rekening met nieuwe (mantelzorg)relaties, zoals die tussen vrienden, burens, of leden van een woongemeenschap voor ouderen. Aan zulke relaties kan overigens wel de rol van 'nauw betrokken gesprekspartner' worden toegedicht. Als de patiënt zo iemand heeft en er is geen aanleiding om een mentorschap aan te vragen, dan kan de hulpverlener volstaan met het raadplegen van en overleggen met deze persoon. Formeel handelt de hulpverlener dan overigens op eigen gezag want zonder (de toestemming van) een vertegenwoordiger als bedoeld in de WGBO. Het is raadzaam de naam van deze persoon en de uitkomsten van het overleg met hem duidelijk in het dossier aan te tekenen. Overigens moet de hulpverlener/zorginstelling zich altijd de vraag te stellen of de betrokken patiënt wellicht bewust heeft afgezien van het aanwijzen van een vertegenwoordiger. Het is immers heel goed denkbaar dat een patiënt zijn private gezondheidssituatie niet met anderen - laat staan met vreemden - wil delen en zich in dit verband verlaat op de vertrouwelijkheid van de hulpverleningsrelatie. Als op grond van de vorige twee overwegingen geen duidelijkheid wordt verkregen, is tenslotte in laatste instantie de vraag aan de orde naar de rechtspositionele en zorginhoudelijke meerwaarde van het aanstellen van een voor de patiënt 'vreemde' mentor. Als de hulpverlener/zorginstelling bij deze vraag tot het oordeel komt dat het goed is dat een onafhankelijk persoon meedenkt en meebeeslist bij belangrijke beslissingen over de zorg die een hulpverlener aan de patiënt wil verlenen, dan staat de weg naar de rechter open in de vorm van het aanvragen van een mentorschap. De hulpverlener heeft overigens ook andere opties, zoals het aanvragen van een second opinion bij een collega of het betrekken van verpleegkundigen en verzorgenden die de patiënt goed kennen.

4.5 Goed vertegenwoordigerschap en goed hulpverlenerschap: welke verantwoordelijkheid heeft de vertegenwoordiger en wat betekent dit voor de hulpverlener?

De vertegenwoordiger behoort zich te gedragen als een ‘goed vertegenwoordiger’ en moet de patiënt zoveel mogelijk bij zijn taakvervulling betrekken (art. 7:465 lid 5 BW). Hij moet zich in de eerste plaats laten leiden door hetgeen de patiënt gewild zou hebben. Is dat niet bekend, dan laat hij zich leiden door wat hij in het belang van de patiënt acht. De hulpverlener mag uitgaan van ‘goed vertegenwoordigerschap’ en heeft geen voorafgaande ‘onderzoeksplicht’ om te toetsen of iemand wel als ‘goed vertegenwoordiger’ zal gaan optreden. Het uitgangspunt is dat de vertegenwoordiger voldoende informatie krijgt en de belangen van de patiënt en zijn behandeling en verzorging behartigt. Namens de wilsonbekwame patiënt stemt de vertegenwoordiger al dan niet in met een voorgesteld onderzoek en/of een voorgestelde behandeling.

De hulpverlener volgt de beslissing van de vertegenwoordiger (met uitzondering van de in § 4.3 genoemde hoogst persoonlijke beslissingen), tenzij dat strijdig zou zijn met de ‘zorg van een goed hulpverlener’ (art. 7:465 lid 4 BW). Het gaat hier niet alleen om de bevoegdheid van het oordeel van de vertegenwoordiger af te wijken; in sommige gevallen zal dat zelfs vallen onder zijn professionele verantwoordelijkheid. Vanwege het belang van de patiënt is het juist de professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener om soms af te wijken van het oordeel van de vertegenwoordiger.

Voorbeelden van een situatie waarin strijdigheid bestaat met de ‘zorg van een goed hulpverlener’:

1. De vertegenwoordiger baseert een beslissing nadrukkelijk op zijn/ haar eigen waarden en normen en niet op die van de patiënt;
2. De vertegenwoordiger neemt een beslissing die schadelijk is voor de wilsonbekwame patiënt (terwijl deze beslissing bovendien niet gesteund wordt door een eerdere wilsverklaring van de patiënt zelf);
3. De vertegenwoordiger verlangt van de hulpverlener activiteiten of behandelingen die medisch zinloos zijn en/of strijdig met de professionele standaard.

Doet een dergelijke situatie zich voor, dan mag de hulpverlener de beslissing van de vertegenwoordiger naast zich neerleggen. Wanneer volgens de hulpverlener binnen dezelfde rangorde een ander persoon wel als ‘goed vertegenwoordiger’ kan optreden, kan de hulpverlener gemotiveerd besluiten diens mening te volgen. Kunnen (een of meer van) de andere familieleden zich met dat besluit niet verenigen, dan kunnen zij desgewenst een verzoek bij de kantonrechter indienen tot het benoemen van een mentor.

Hieronder volgen twee praktijksituaties die illustreren welke betekenis de norm van ‘goed vertegenwoordigerschap’ in de context van het ‘goed hulpverlenerschap’ kan hebben.

Casus 1

Een 60-jarige mentaal geretardeerde en gedragsgestoorde vrouw verblijft in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker komt een kwaadaardige tumor in haar linkerborst naar voren. Na de gebruikelijke routing van echo en punctie op de chirurgische polikliniek, bevestigt de chirurg de diagnose. Een mastectomie is aangewezen.

De zus, mentor van de patiënt, weigert toestemming voor de ingreep, omdat zij bang is dat de patiënt met name de ziekenhuisopname emotioneel niet aankan. De psycholoog schat de ziekenhuisopname niet zo belastend in, omdat de patiënt ingrepen in het verleden ook goed heeft doorstaan. Vanuit medisch en sociaal oogpunt vinden de chirurg, de psycholoog en de persoonlijk begeleider van de vrouw dat de operatie dringend noodzakelijk is. Het alternatief zou immers een grote belasting voor de patiënt inhouden als gevolg van intensieve en langdurige medische verzorging. Kan geopereerd worden tegen het oordeel van de mentor in?

Antwoord/oplossingsrichting:

De hulpverlener (in deze casus de chirurg) moet de vertegenwoordiger volgen tenzij dit niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener. De chirurg zal dus moeten beslissen of hij, tegen de wil van de mentor, de patiënt toch zal opereren. Overigens geldt voor eventueel verzet van de patiënt zélf iets vergelijkbaars: verzet moet in beginsel gerespecteerd worden, tenzij de operatie 'kennelijk noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen' (zie hierna § 4.8). Of hiervan sprake is, is een professionele inschatting van de hulpverlener.

Casus 2

De zoon van een dementerende patiënt treedt op als zijn vertegenwoordiger. De zoon gedraagt zich echter onheus en soms zelfs agressief tegenover zijn vader. Zijn zus (dochter van de patiënt) is de enige persoon die in aanmerking komt de rol van vertegenwoordiger op zich te nemen. De hulpverlener, een verpleeghuisarts, doet haar schriftelijk het verzoek of zij de vertegenwoordiging wil overnemen. De zus weigert dit, wil de beslissingen overlaten aan haar broer. Wat kan de verpleeghuisarts doen?

Antwoord/oplossingsrichting:

Als er geen aanleiding is om een mentorschap aan te vragen (er hoeven bijvoorbeeld geen ingrijpende beslissingen te worden genomen⁷) dan kan de hulpverlener handelen op eigen gezag. Eventueel kan hij via de rechter een contactverbod afdwingen voor de zoon. Als er wél een aanleiding is, dan kan de hulpverlener de leiding van de instelling vragen een verzoek om een mentorschap bij de kantonrechter in te dienen. Dit

⁷ Zie daarover: nr. 7 van de Modelrichtlijn en § 4.4 van deze Toelichting.

omdat de vertegenwoordiger zijn taak niet goed uitoefent. De rechter zal vervolgens bepalen of een mentorschap nodig is. Oordeelt deze van niet en komt er dus geen mentor, dan is de hulpverlener formeel nog steeds op de zoon aangewezen en zal hij steeds ad hoc moeten bepalen of hij de zoon in staat acht als 'goed vertegenwoordiger' op te treden of niet. Vindt hij van niet, dan kan de hulpverlener handelen op eigen gezag. Hij doet er goed aan te nemen beslissingen steeds intercollegiaal te overleggen en in het dossier de uitkomsten van dat overleg aan te tekenen.

4.6 Moet de hulpverlener ook toestemming van een vertegenwoordiger vragen in een acute noodsituatie?

In de praktijk onderscheiden we twee acute situaties:

1. De patiënt heeft een vertegenwoordiger maar de tijd ontbreekt om hem te raadplegen;
2. De patiënt heeft geen vertegenwoordiger en moet direct worden onderzocht en/of behandeld.

Voor beide situaties geldt: nood breekt wet. In een acute noodsituatie kan de hulpverlener een behandeling direct, zonder uitstel en zonder een vertegenwoordiger te raadplegen, uitvoeren (art. 7:466 lid 1 BW). Dit is een uitvloeisel van goed hulpverlenerschap. Ter illustratie de volgende casus.

Casus 3

Een 18-jarige asielzoeker heeft een zwaar ongeval gehad. Hij ligt aan de beademing, heeft een dwarslaesie en mogelijk zal hij een van zijn benen moeten verliezen. Hij is niet aanspreekbaar. Er is geen enkele wettelijke vertegenwoordiger beschikbaar. Wie neemt nu de beslissingen over zijn behandeling? Moet er een vertegenwoordiger worden aangesteld?

Antwoord/oplossingsrichting:

De acute behandeling moet direct worden uitgevoerd conform goed hulpverlenerschap en zoals binnen de beroepsgroep of instelling gebruikelijk is. Verstandig is dat de behandelend artsen bij het nemen van belangrijke beslissingen een collega consulteren. Als de toestand van wilsonbekwaamheid aanhoudt en de patiënt wordt opgenomen in een instelling voor langdurige zorg, dan kan deze instelling een verzoek richten aan de kantonrechter tot het benoemen van een mentor.

4.7 Mag een vertegenwoordiger alle beslissingen nemen?

De vertegenwoordiger behartigt de belangen van de patiënt. De hulpverlener informeert hem en vraagt hem om toestemming voor beslissingen rond behandeling, verzorging en onderzoek van de wilsonbekwame patiënt (art. 7:465 BW). Maar hoogst persoonlijke beslissingen kan de vertegenwoordiger niet nemen. Voorbeelden van hoogst persoonlijke beslissingen zijn:

- de beslissing om af te zien van een levensreddende behandeling (bijvoorbeeld de weigering van een bloedtransfusie),
- het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring voor de patiënt (donorformulier, non-reanimatieverklaring) en
- het nemen van beslissingen over het levenseinde (euthanasie).

Hoewel de vertegenwoordiger hoogstpersoonlijke beslissingen niet kan nemen, is het wel raadzaam dat de hulpverlener zijn mening daarover verneemt en meeweegt in de beslissingen.

4.8 Verzet van de patiënt: wanneer is dwangbehandeling toegestaan?

In de WGBO is een regeling opgenomen voor het toepassen van een behandeling onder dwang (art. 7:465 lid 6 BW). Deze regeling houdt het volgende in:

Verzet een wilsonbekwame patiënt zich tegen de uitvoering van een verrichting van ingrijpende aard waarvoor zijn vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven, dan kan deze toch (onder dwang) worden uitgevoerd wanneer deze nodig is om 'kennelijk ernstig nadeel' voor de patiënt weg te nemen. In § 5 wordt verder ingegaan op deze regeling en op de verhouding daarvan tot de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

4.9 Moet de hulpverlener een positieve schriftelijke wilsverklaring van de patiënt opvolgen?

Een schriftelijke wilsverklaring is een door de wilsbekwame patiënt opgestelde verklaring voor de toekomstige situatie dat hij wilsonbekwaam is geworden. In een positieve schriftelijke wilsverklaring vraagt een patiënt de hulpverlener om bepaalde handelingen uit te voeren of om een behandeling in te stellen of voort te zetten. De hulpverlener is niet verplicht een positieve schriftelijke wilsverklaring te volgen. Het gaat dus om een niet-bindend verzoek van de patiënt. De hulpverlener zal deze verklaring zelfs moeten passeren, als het volgen ervan inhoudt dat hij handelt in afwijking van de medisch professionele standaard. Zo kan de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) de hulpverlener niet verplichten tot het verrichten van medisch zinloze handelingen.

Voorbeeld van een positieve schriftelijke wilsverklaring is de levenswensverklaring, waarin de patiënt vraagt om alles in het werk te stellen om hem toch te behandelen

en om te reanimeren. Het is uiteindelijk de beroepsverantwoordelijkheid van de hulpverlener zelf om te beoordelen of sprake is van medisch zinloos handelen. Een ander voorbeeld van een positieve wilsverklaring is een euthanasieverklaring.

4.10 Welke betekenis heeft een positieve schriftelijke wilsverklaring bij verzet?

Wanneer een wilsonbekwame patiënt zich verzet tegen behandeling, terwijl hij in het bezit is van een positieve schriftelijke wilsverklaring, kan hij (eveneens) ondanks dit verzet worden behandeld als dit nodig is om kennelijk ernstig nadeel voor hem weg te nemen. Een casus ter illustratie.

Casus 4

Een dienstdoend psychiater in een ziekenhuis wordt geconfronteerd met een patiënt die in het bezit is van een door de patiënt zelf ondertekende schriftelijke verklaring. Daarin staat dat hij bij auto-intoxicatie wil worden behandeld, ook als hij zich op het moment van de behandeling daartegen verzet en de behandeling dus weigert. Het gaat hier om een wilsonbekwame patiënt na een suïcidepoging. Is een gedwongen behandeling op grond van de WGBO gerechtvaardigd?

Antwoord/oplossingsrichting:

De hulpverlener kan actueel verzet van de wilsonbekwame meerderjarige patiënt passeren en dwangbehandeling toepassen, als dit *'kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen'*. De positieve schriftelijke wilsverklaring heeft formeel geen bindende status, actueel verzet is maatgevend. Maar de verklaring geeft wel richting aan het criterium *'kennelijk ernstig nadeel'* en verlaagt aldus de drempel om in te grijpen. De verklaring kan worden gezien als de eigen opvatting van de patiënt *en als niet bindend verzoek aan de hulpverlener*. Overigens mag de hulpverlener ook ingrijpen zonder een positieve schriftelijke wilsverklaring, als dat nodig is om kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zelf te voorkomen.

4.11 Moet de hulpverlener een schriftelijke weigering altijd opvolgen?

Het antwoord op deze vraag is: nee, niet altijd. De WGBO (art. 7:450 lid 3 BW) bepaalt dat een schriftelijke verklaring van de patiënt opgesteld toen deze nog wilsbekwaam was, met als inhoud een weigering van de behandeling, in principe moet worden gerespecteerd. Een non-reanimatieverklaring wordt veel als voorbeeld gebruikt. De hulpverlener heeft evenwel de mogelijkheid om de verklaring niet te volgen als hij daartoe gegronde redenen heeft. De hulpverlener kan bijvoorbeeld twijfels hebben over de authenticiteit van de verklaring of over de vraag of de patiënt op het actuele moment nog achter de verklaring staat. Verder kan het schorten aan de duidelijkheid en specificiteit van de verklaring. Zo moet de verklaring de naam van de patiënt en de datum vermelden. Daarnaast kan het zo zijn dat de door

de patiënt gevreesde bijwerkingen van een bepaalde behandeling zijn achterhaald door de medische ontwikkelingen na het moment dat de wilsverklaring is opgesteld.

De hulpverlener van een wilsonbekwame patiënt bevindt zich in een moeilijke positie. Hij zal allereerst moeten beoordelen of de verklaring van de patiënt afkomstig is en in vrijheid gegeven is. Daarnaast moet hij nagaan of de patiënt op het moment dat hij de verklaring aflegde wel in staat was tot een redelijke waardering van zijn belangen. Vervolgens moet de hulpverlener de verklaring interpreteren: wat was precies de bedoeling van de patiënt? Tenslotte moet de hulpverlener op basis hiervan overwegen of er gegronde redenen aanwezig zijn om van de verklaring af te wijken. Bij de beoordeling van de verklaring blijft altijd een kans bestaan dat de hulpverlener, die soms snel moet beslissen met weinig informatie, de verkeerde beslissing neemt. De hulpverlener behoort, naarmate de gevolgen van de te nemen beslissing ingrijpender zijn, hogere eisen te stellen aan de betrouwbaarheid van de verklaring.

5 Verzet, dwangtoepassing en vrijheidsbeperking: de verhouding WGBO - Wet Bopz

In sommige sectoren van de gezondheidszorg zijn zowel de WGBO als de Wet Bopz van toepassing. Namelijk in de psychiatrie, de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de psychogeriatric. Volgens de verrichte wetsevaluaties leidt de verhouding tussen deze beide wetten in de praktijk tot onduidelijkheden en vragen. In het bijzonder bij vrijheidsbeperkende maatregelen is niet altijd duidelijk of er sprake is van een ‘WGBO-afweging’ of een ‘Bopz-afweging’.

Hieronder worden, na een korte schets van de juridische verhouding tussen beide wetten, enkele situaties behandeld op het snijvlak van de WGBO en de Wet Bopz. Het accent ligt daarbij op situaties waarin er sprake is van vrijheidsbeperkingen en/of dwang.

5.1 Verhouding WGBO – Wet Bopz

De WGBO is van toepassing op ‘handelingen op het gebied van de geneeskunst’. Deze handelingen worden als volgt omschreven: “Alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daarbij inbegrepen - rechtstreeks betrekking hebbend op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen”.

Typerend voor de WGBO is dus dat deze wet van toepassing is op bepaalde handelingen, ongeacht waar deze worden verricht. Anders dan de Wet Bopz is de reik-

wijde van de WGBO niet beperkt tot bepaalde categorieën instellingen. Geneeskundig handelen als bedoeld in de WGBO kan zowel binnen een instelling plaatsvinden als daarbuiten. Bijvoorbeeld de huisarts of verpleegkundige die de patiënt thuis bezoekt. De WGBO heeft anders gezegd een zeer breed bereik. Het komt er op neer dat alle activiteiten die, gerelateerd aan de gezondheidstoestand van de patiënt, in meer of mindere mate ‘behandeling’ en ‘zorgverlening’ betreffen, onder de WGBO vallen.

De Wet Bopz behelst zowel de procedure voor onvrijwillige opname en ontslag als de rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen patiënt tijdens zijn verblijf in de instelling (de zogenaamde interne rechtspositie). De Wet Bopz richt zich niet zo zeer op bepaalde soorten handelingen, maar meer (doch niet uitsluitend) op bepaalde categorieën instellingen. De Wet Bopz is een voor een groot gedeelte locatiegebonden wet en geen persoonsgebonden wet. De Wet Bopz is van toepassing op een psychiatrisch ziekenhuis, verpleeginrichting, instelling voor verstandelijk gehandicapten of verzorgingstehuis die aangemerkt zijn als BOPZ-instelling of afdeling daarvan. Ook op andere plaatsen (algemeen ziekenhuis, woonvorm voor verstandelijk gehandicapten en dergelijke) kunnen zich situaties voordoen die de Wet Bopz noemt zoals vrijheidsbeperking, toepassing van dwang. De Wet Bopz is dan dus niet van toepassing, tenzij een patiënt daar verblijft na een voorwaardelijk ontslag of met een voorwaardelijke, rechtelijke machtiging. Waar de toepassing van de WGBO niet gebonden is aan de muren van een instelling, is de toepassing van de Wet Bopz dat voor een gedeelte wel.

5.2 WGBO en Wet Bopz soms naast elkaar van toepassing

De in § 5.1 gestelde verhouding tussen beide wetten houdt in dat in Bopz-aangemerkte instellingen zowel (en soms zelfs tegelijkertijd) de Wet Bopz als de WGBO van toepassing kunnen zijn. Om te beginnen kunnen in Bopz-aangemerkte instellingen ook patiënten op vrijwillige basis worden opgenomen. Er is dan geen sprake van een Bopz-procedure. De rechtspositie van deze patiënten wordt bepaald door de WGBO en niet door de Wet Bopz. Dan zijn er gevallen waarin de patiënt wel volgens een Bopz-procedure is opgenomen en de interne rechtspositie van de patiënt door de Wet Bopz geregeld wordt. In twee situaties kan niettemin ook de WGBO van toepassing zijn. Namelijk:

1. in gevallen waarin de WGBO wel iets regelt, maar de Wet Bopz over hetzelfde onderwerp zwijgt. Een voorbeeld is het in de WGBO opgenomen recht van de patiënt op informatie (art. 7: 448 BW). De Wet Bopz zegt hier niets over, wat juridisch betekent dat de onvrijwillig opgenomen patiënt zich op de betreffende WGBO-bepaling kan beroepen;
2. in gevallen waarin de toepassing van de Wet Bopz beperkt is. De Bopz-bepalingen over het behandelingsplan en de dwangbehandeling zijn van toepassing in situaties waarin (dwang)behandeling nodig is ter genezing of wegneming van de stoornis waardoor de patiënt gevaar veroorzaakt (art. 38 lid 3 Bopz). Wordt een onvrijwillig opgenomen patiënt om een andere reden behandeld, bijvoorbeeld voor een longontsteking of een andere somatische aandoening, dan valt die behandeling onder de WGBO. Een onvrijwillig opgenomen patiënt kan dus tegelijkertijd met een Bopz- en een WGBO-behandeling te maken hebben.

5.3 Vragen en knelpunten in de praktijk

5.3.1 Wanneer is sprake van ‘verzet’?

Een ander cruciaal begrip in de discussie over vrijheidsbeperkingen en dwangtoepassing in de context van WGBO en Wet Bopz is ‘verzet’. Dat is logisch. Hoewel er ook van vrijheidsbeperkingen sprake kan zijn in situaties waarin er geen (zichtbaar) verzet is, is dat bij verzet van de patiënt zeker het geval. Het onderscheid tussen ‘geen verzet’ en ‘verzet’ heeft zowel in de WGBO als de Wet Bopz een aantal gevolgen, bijvoorbeeld waar het gaat om de toepasselijkheid van bepaalde criteria, de positie van de vertegenwoordiger, en de meldings- en registratieplichten. Het is dan ook belangrijk om te weten wanneer we wel en niet van verzet spreken.

Tijdens de parlementaire behandeling van de Wet Bopz en de WGBO interpreteerde de regering het begrip verzet (toen nog ‘bezwaar’ genoemd) zeer ruim: het feitelijk gedrag van de betrokken patiënt, zowel verbaal als non-verbaal. Dit is in de praktijk van meet af aan een probleem geweest omdat meningen en gedragingen van mensen met een psychische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap snel kunnen veranderen.

Soms gaat het daarbij om verzet dat een actuele mening of keuze van de patiënt representeert. Soms ook om verzet dat zo nauw verbonden is met de ziekte of aandoening, dat hulpverleners moeite hebben aan dit verzet betekenis toe te kennen. De interpretatie van gedrag dat een feitelijke afwijzing lijkt in te houden van een actueel, concreet zorgaanbod, is met andere woorden niet eenvoudig. Antwoorden op de vraag of het concrete zorgaanbod inderdaad wordt afgewezen of dat het gedrag voor iets anders staat, zijn zeker moeilijk te geven in situaties waarin de patiënt niet bevraagd kan worden over de intenties van zijn gedrag of niet tot zelfuitleg in staat is.

De neiging bestaat om aan ‘verzet’ wel enkele eisen te stellen. We zien dit bijvoorbeeld terug in de VWS-brochure ‘De wet Bopz binnen instellingen voor verstandelijk gehandicapten’. In deze brochure wordt gesproken van “feitelijk en consistent gedrag van betrokkene” en van “de consistentie cq. het voortduren van het gedrag”. Daarmee vergelijkbaar is de uitleg van verzet in een enigszins andere context, namelijk de richtlijnen voor het interpreteren van verzet van een wilsonbekwame psychogeriatrische patiënt of verstandelijk gehandicapte tegen deelname aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek.⁸ Daarin wordt een onderscheid gemaakt tussen vormen van verzet waaraan gevolgen moeten worden verbonden én vormen van verzet die niet als verzet in de zin van de wet hoeven te worden opgevat.

Enerzijds is er terughoudend of afhoudend gedrag tegen handelingen die afwijken van de dagelijkse routine dat past bij bepaalde patiëntengroepen of voortvloeit uit bepaalde aandoeningen. Anderzijds is er gedrag dat duidelijk als weerstand of tegenstand tegen dit handelen moet worden opgevat. ‘Verzet’ is dus geen empirisch gegeven, maar een waardering

⁸ Zie www.ccmo.nl.

van gedrag door hulpverleners en andere betrokkenen die vertrouwd en bekend zijn met het gedragrepertoire van de patiënt. Het is ondoenlijk en ongewenst om in situaties van snelle, vaak wisselende meningen en gedragingen van een patiënt het beleid daarop aan te passen, door 1-op-1 formele maatregelen te treffen en deze telkens weer te beëindigen. Bijvoorbeeld: binnen enkele dagen tijd drie keer een inbewaringstelling aanvragen en deze procedure steeds na korte tijd weer te staken, omdat de patiënt weer even instemt.

Het is niet alleen onvermijdelijk maar ook juist, dat in de praktijk eisen van consistentie en persistentie aan ‘verzet’ worden gesteld. Dat zou ‘reëel verzet’ genoemd kunnen worden. Als hulpverleners ‘verzet’ te snel aannemen en dit verzet omzetten in een formele juridische maatregel (dwangopneming of dwangbehandeling), dan wordt niet alleen de zorg geformaliseerd maar ook de rechtspositie van de patiënt onnodig beperkt. Ook dreigt het gevaar dat de patiënt die zichzelf niet of niet goed kan uiten, zorg wordt onthouden.

Vuistregels

- **Zowel onder de WGBO als onder de Wet Bopz gaat de wetgever uit van een ruime interpretatie van het begrip verzet;**
- **Niettemin mogen aan ‘verzet’ enkele eisen worden gesteld, alvorens het te honoreren: het verzet moet blijken uit feitelijk en consistent gedrag van de betrokken patiënt (reëel verzet).**

5.3.2. Laat de WGBO het toepassen van vrijheidsbeperkingen toe?

Er bestaat onderscheid tussen vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking. Vrijheidsbeneming is de onmogelijkheid om een instelling of een afdeling daarvan te verlaten. Vrijheidsbeperking is elke beperking of belemmering van de bewegingsvrijheid. Niet elke vorm van vrijheidsbeperking staat gelijk aan vrijheidsbeneming.

De WGBO laat bepaalde ruimte voor vrijheidsbeperkingen, maar niet voor vrijheidsbeneming. Dat maakt het noodzakelijk deze beide begrippen te omschrijven. En dat is een lastige zaak. In 1988 gaf de Hoge Raad de volgende omschrijving van vrijheidsbeneming: het geheel van ruimtelijke en sociale beperkingen doet de concrete situatie van betrokkene zozeer naderen tot die van een gedetineerde dat zij moet worden aangemerkt als vrijheidsbeneming. In een uitspraak uit februari 2002 oordeelt het Europese Hof dat er bij een opname in een verpleeghuis tegen de (aanvankelijke) wil van betrokkene, niet per definitie sprake is van vrijheidsbeneming.⁹ Is er sprake van vrijheidsbeneming, dan kan alleen een maatregel op grond van de Wet Bopz daarvoor een basis bieden.

Het begrip vrijheidsbeperkingen is ruimer dan het begrip vrijheidsbeneming.¹⁰ Er zijn vele

⁹ HR 9 december 1988, AB 1989, 121.

¹⁰ Europees Hof voor de Rechten van de Mens 26 februari 2002 (H.M. tegen Zwitserland), BJ 2002, nr. 2, p. 55-68. Zie voor de weging door het Hof van de feiten in deze zaak in het bijzonder de rechtsoverwegingen 40 tot en met 48 van de uitspraak.

vrijheidsbeperkingen denkbaar die niet meteen tot een conclusie van vrijheidsbeneming hoeven te leiden. Te denken valt aan het plaatsen van bedhekken om te voorkomen dat een patiënt 's nachts uit bed valt, het plaatsen van de patiënt in een diepe stoel om vallen te voorkomen, infraroodsignaleringen, het dichthouden van de deur van de afdeling om te voorkomen dat verwarde patiënten ongemerkt de afdeling kunnen verlaten, het plaatsen van belmatjes om dezelfde reden, het even vasthouden van een patiënt om medicatie toe te dienen, et cetera. In situaties waarin de Wet Bopz niet van toepassing is kunnen dergelijke beperkingen worden gegrond op de algemene zorgplicht krachtens de WGBO (de zorg van een goed hulpverlener). Het moet dan wel gaan om beperkingen die:

1. onvermijdelijk zijn om (lichamelijk) lijden te verhelpen of te voorkomen;
2. in het dossier van de patiënt worden opgenomen en verantwoord;
3. in het geval van een wilsonbekwame patiënt plaatsvinden met instemming van zijn vertegenwoordiger;
4. de hulpverlener regelmatig beoordeelt op de noodzaak tot continuering;
5. zo kort mogelijk worden toegepast;
6. niet de facto tot vrijheidsbeneming leiden.

Wat moeten we nu verstaan onder onvermijdelijk? Voor een verdere bepaling kan aansluiting worden gezocht bij het criterium dat de WGBO zelf noemt voor toepassen van dwang, maar ook bij het daarop lijkende criterium uit art. 40 Wet Bopz: in beide gevallen gaat het om het 'voorkomen van ernstig nadeel voor de gezondheidstoestand van de patiënt'.

Het onderscheid tussen vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking is niet principieel, maar gradueel van aard. Dat is voor de praktijk lastig omdat niet altijd op voorhand duidelijk is in welke categorie een maatregel valt en of er nu wel of niet een Bopz-procedure gestart moet worden. Voor dat fundamentele probleem bestaat - gegeven de huidige wetgeving - geen sluitende oplossing. Centraal moet altijd staan de beoordeling van de omstandigheden van het aan de orde zijnde geval.

Vuistregels

- **Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking;**
- **De WGBO laat ruimte voor vrijheidsbeperkingen, als dat nodig is om ernstig nadeel voor de gezondheidstoestand van de patiënt te voorkomen;**
- **Vindt er een omslag plaats van vrijheidsbeperking naar vrijheidsbeneming, dan is een maatregel op grond van de Wet Bopz vereist.**

5.3.3 Laat de WGBO dwangbehandeling toe?

De WGBO (art. 7:465 BW) laat toe dat aan het verzet van een wilsonbekwame patiënt tegen een behandeling voorbij wordt gegaan, als er sprake is van de volgende omstandigheden:

1. het gaat om een behandeling van ingrijpende aard;
2. de behandeling is nodig om 'kennelijk ernstig nadeel' voor de patiënt weg te nemen;
3. de vertegenwoordiger stemt met de behandeling in; Of de vertegenwoordiger weigert, maar de hulpverlener acht de dwangbehandeling wegens de 'zorg van een goed hulpverlener' noodzakelijk.

Deze wettelijke regeling geeft enige ruimte om zowel extramuraal als intramuraal, dwang toe te passen in WGBO-situaties. Daarbij geldt echter een belangrijke grens, die niet expliciet in de WGBO wordt genoemd maar die voortvloeit uit de verhouding tussen de WGBO en de Wet Bopz. Die grens houdt in dat een dwangbehandeling op grond van de WGBO niet mag leiden tot een situatie van vrijheidsbeneming (zie hiervoor § 5.3.2). Vrijheidsbeneming behoort immers tot het domein van de Wet Bopz. Concreet gesteld kan de hulpverlener aannemen dat een patiënt met WGBO-dwang kortdurend mag worden vastgepakt, bijvoorbeeld om hem een injectie toe te dienen. De hulpverlener kan een dwangbehandeling die gedurende langere tijd gepaard gaat met opsluiting op een afdeling of in een isoleercel, echter niet met een beroep op de WGBO legitimeren. Een dwangbehandeling op grond van de WGBO zal doorgaans dus naar aard en duur beperkt zijn, en veelal een ad hoc karakter hebben. De hulpverlener moet de dwangbehandeling kunnen legitimeren vanuit de zorg voor de patiënt.

Er zijn al met al vier belangrijke verschillen tussen een dwangbehandeling op grond van de WGBO en een Bopz-dwangbehandeling:

1. Een WGBO-dwangbehandeling is beperkt tot wilsonbekwame patiënten. Een Bopz-dwangbehandeling kan zowel bij wilsbekwame als bij wilsonbekwame patiënten worden toegepast;
2. Een WGBO-dwangbehandeling is alleen mogelijk bij 'kennelijk ernstig nadeel' voor de wilsonbekwame patiënt zelf. Anders dan de Wet Bopz laat de WGBO geen dwangbehandeling toe vanwege gevaar voor anderen;
3. Een WGBO-dwangbehandeling kan zowel de somatische als de psychiatrische behandeling van een patiënt betreffen. Een Bopz-dwangbehandeling is alleen mogelijk voor zover nodig om het gevaar weg te nemen dat voortvloeit uit de stoornis van de betrokken patiënt;
4. Een WGBO-dwangbehandeling mag niet leiden tot een situatie van vrijheidsbeneming.

Dus: waar de WGBO een grondslag biedt voor het kunnen behandelen ondanks verzet, biedt de wet ook ruimte voor vrijheidsbeperkingen als bijkomende maatregel voor het kunnen uitvoeren van die behandeling. Een voorbeeld is een tijdelijke fixatie van een van een operatie herstellende patiënt.

Vuistregels

- **De WGBO laat enige ruimte voor dwangbehandeling;**
- **Een WGBO-dwangbehandeling mag niet leiden tot vrijheidsbeneming.**

5.3.4 Ook WGBO: somatische behandeling van een onvrijwillig opgenomen patiënt

Wat is de situatie als een onvrijwillig opgenomen patiënt op basis van een psychische stoornis een somatische behandeling weigert? Is er dan een behandeling onder dwang mogelijk, en zo ja, op grond van welke wet?

Het Bopz-behandelingsplan is erop gericht de stoornis van de patiënt zo te verbeteren, dat het gevaar dat tot de onvrijwillige opname leidde, wordt weggenomen (art. 38 lid 3 Bopz). Een Bopz-behandeling, al dan niet onder dwang uitgevoerd, richt zich dus op de stoornis van de patiënt. Het behandelen van gevolgen van die stoornis, zoals een noodzakelijk somatische behandeling, valt niet onder de Wet Bopz.

Twee voorbeelden:

1. Een onvrijwillig opgenomen patiënt heeft een levensbedreigende tumor maar ontkent dat onder invloed van zijn stoornis en weigert zich te laten opereren;
2. Een onvrijwillig opgenomen patiënt lijdt aan suikerziekte, maar neemt onder invloed van zijn stoornis niet de benodigde voorzorgsmaatregelen in acht. Daardoor ontstaat een situatie die zijn gezondheidstoestand en/of toekomstige kwaliteit van leven ernstig bedreigt.

In deze beide gevallen hangt de bedreiging van de gezondheidstoestand van de patiënt weliswaar samen met zijn psychische stoornis, maar vallen de mogelijke somatische dwangbehandelingen (gedwongen operatie, gedwongen insulinetoediening vanwege suikerziekte), niettemin buiten de bepalingen van de Wet Bopz; deze behandelingen hebben immers niet de stoornis als aangrijpingspunt, maar de gevolgen daarvan. Somatische dwangbehandelingen als hiervoor bedoeld vallen onder de WGBO en niet onder de Wet Bopz. De genoemde voorbeelden vallen, uitgaande van een wilsonbekwame patiënt, binnen de mogelijkheden van de hiervoor in § 5.3.3. behandelde WGBO-dwangbehandeling. Dwang is dan dus mogelijk op grond van de WGBO.

Vuistregel

- Een somatische dwangbehandeling van een onvrijwillig opgenomen patiënt valt onder de WGBO, ook in gevallen waarin de aanleiding voor deze behandeling voortvloeit uit de geestesstoornis van de patiënt.

6 Aandachtspunten bij het informeren en toestemming vragen aan (vertegenwoordigers van) meerderjarige wilsonbekwame patiënten

Bij het informeren en toestemming vragen aan (vertegenwoordigers van) meerderjarige wilsonbekwame patiënten moet de hulpverlener bijzondere aandacht besteden aan het volgende.

- Uitgangspunt in de relatie tot de patiënt is de veronderstelling van wilsbekwaamheid: Elke patiënt wordt bekwaam geacht tot het tegendeel bewezen is.
- Uitgaande van het principe dat de patiënt zo lang mogelijk wilsbekwaam moet worden geacht, vormt de actuele wil van de patiënt steeds het uitgangspunt van de besluitvorming. De regels van informatie en toestemming zijn daarom van toepassing, zij het dat die toepassing moet plaatsvinden op het *begripsniveau* van de patiënt. Door het zonodig herhaald stellen van neutrale enkelvoudige vragen en vragen die door de patiënt met ‘ja’ en ‘nee’ te beantwoorden zijn (gesloten vragen), kan de hulpverlener de actuele wil van de patiënt zo veel mogelijk in beeld brengen.
- In elke situatie moet er oog zijn voor een te gemakkelijk paternalisme (beslissen door anderen voor en over de patiënt), zowel van de zijde van hulpverleners als van de zijde van vertegenwoordigers.
- Ook de vertegenwoordiger moet de patiënt zoveel mogelijk betrekken bij de uitvoering van zijn taak. Hij neemt als leidraad voor zijn optreden:
 - A. De schriftelijke wilsverklaring (indien aanwezig) van de patiënt, voorzover hierin aan knooppunten zijn te vinden voor de situatie waarover beslist moet worden;
 - B. De reconstructie van de wens van de patiënt.
- De communicatie met meerderjarige wilsonbekwame patiënten, bijvoorbeeld dementerende patiënten, wordt vaak bemoeilijkt door de aanwezige cognitieve beperkingen. Overleg met bij de directe zorgverlening betrokken familieleden, verpleegkundigen en verzorgenden kan vaak een zinnige en noodzakelijke bijdrage leveren aan de uitwerking van de informatieplicht en het toestemmingsvereiste. Een dergelijk overleg vindt waar mogelijk steeds plaats.