

Is mijn patiënt wilsbekwaam? Volg de leidraad

Christiaan H. Vinkers, Gerrit B. van de Kraats, Monique C. Biesart en Joeri K. Tijdink

De autonomie van elke patiënt is van groot belang. Soms is het onduidelijk of een patiënt wilsbekwaam is om over zijn behandeling te beslissen.

In principe beoordeelt de behandelend arts de wilsbekwaamheid van zijn of haar patiënt.

Een wilsbekwaamheidsbeoordeling is altijd een medische en geen juridische beslissing.

Overwegingen over wilsbekwaamheid moeten concreet en systematisch in het patiëntendossier genoteerd worden en de wilsbekwaamheid dient periodiek geëvalueerd te worden.

Oók als een patiënt wilsonbekwaam is ten aanzien van een medische beslissing moet gezocht worden naar de optimale behandeling die proportioneel, doelmatig en het minst ingrijpend is.

Het kan zinvol zijn een psychiater bij de beoordeling te betrekken als tweede en onafhankelijke beoordelaar van de wilsbekwaamheid. De psychiater kan daarnaast beoordelen of een psychiatrische of cognitieve stoornis de wilsbekwaamheid beïnvloedt.

Een medische behandeling kan alleen uitgevoerd worden na geïnformeerde toestemming van een patiënt. Daarbij wordt uitgegaan van iemands wilsbekwaamheid.^{1,2} Een verschil van mening tussen arts en patiënt over een medische behandeling kan in de praktijk leiden tot vragen over iemands wilsbekwaamheid. Daarbij is er een spanningsveld tussen het respecteren van de autonomie van de patiënt en het handelen van de arts in het belang van de patiënt.^{3,4}

Het kan soms lastig zijn te beoordelen of een patiënt op een somatische afdeling wilsbekwaam is om een medische beslissing te nemen. Ook is niet altijd duidelijk hoe dit moet worden beoordeeld. Sommige artsen consulteren in dat geval direct een psychiater om de wilsbekwaamheid te beoordelen.⁵ Dit is echter niet correct: een wilsbekwaamheidsbeoordeling is onderdeel van algemeen medisch handelen.⁶ Iedere arts moet daarom in staat zijn om zich een oordeel te vormen over de wilsbekwaamheid van zijn of haar patiënt.

Aan de hand van een fictieve patiënt beschrijven wij hier hoe de wilsbekwaamheidsbeoordeling in zijn werk gaat. Daarbij laten we de dilemma's in de praktijk zien. We besteden specifiek aandacht aan de verschillende stappen die genomen moeten worden bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid en geven zo een praktische leidraad voor een goede wilsbekwaamheidsbeoordeling. Ook gaan we in op de rol van de psychiater in deze beoordeling.

UMC Utrecht, afdeling Psychiatrie, Utrecht.

Afd. Psychiatrie: dr.mr. C.H. Vinkers, psychiater.

Afd. Julius Centrum: mr. M.C. Biesart, jurist.

Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, locatie Midden Nederland, Utrecht.

Drs. G.B. van de Kraats, psychiater.

Tergooi ziekenhuis, afd. Psychiatrie, Blaricum.

Drs. J.K. Tijdink, psychiater, (tevens VUmc, afd. Interne Geneeskunde, Amsterdam)

Contactpersoon: dr.mr. C.H. Vinkers (c.h.vinkers@umcutrecht.nl).

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Patiënt A, een 47-jarige man met sinds jaren bestaande alcoholafhankelijkheid, wordt op de Spoedeisende Hulp (SEH) gezien in verband met buikpijn. Zijn lever- en pancreaswaarden zijn fors afwijkend en daarnaast bestaat een vergevorderde cardiomyopathie. De patiënt wil niet opgenomen worden en eist pijnmedicatie. Na overleg met zijn achterwacht vraagt de SEH-arts een psychiater in consult voor een wilsbekwaamheidsbeoordeling.

WAT IS WILSBEKWAAMHEID?

MEDISCH OORDEEL VAN DE BEHANDELEND ARTS

Centraal bij een wilsbekwaamheidsbeoordeling staan de cognitieve functies die nodig zijn om een medische beslissing te kunnen nemen.^{7,8} In de wetgeving wordt wilsonbekwaamheid dan ook omschreven als het 'niet in staat [kunnen] worden geacht tot een redelijke behartiging van zijn belangen ter zake' (art. 7:465 lid 2 Burgerlijk Wetboek (BW), beter bekend als de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)). In de praktijk vindt de wilsbekwaamheidsbeoordeling meestal impliciet plaats: de arts geeft informatie en bij een adequate (meestal instemmende) reactie acht hij de patiënt wilsbekwaam.

De vraag of iemand wilsonbekwaam of gedeeltelijk wilsonbekwaam is, ontstaat pas als de behandelend arts denkt dat de patiënt het behandelvoorstel niet begrijpt, de gevolgen ervan niet overziet of een niet te begrijpen beslissing neemt. De behandelend arts maakt deze inschatting; hij is door zijn behandelrelatie en expertise de aangewezen persoon om een inschatting te maken van de wilsbekwaamheid van zijn patiënt.

HET DENKPROCES, NIET ZOZEER DE INHOUD VAN HET BESLUIT

De kern van wilsbekwaamheidsbeoordeling is de vraag of iemand een logische, weloverwogen en consistente afweging kan maken over een medische beslissing.⁹ Hierbij gaat het niet zozeer om de inhoud van het besluit zelf maar over het denkproces dat tot het besluit leidt. De 4 criteria van Appelbaum en Grisso vormen een eenvoudige leidraad voor de wilsbekwaamheidsbeoordeling (tabel 1).¹⁰ Deze criteria zijn ook in een handreiking van de overheid beschreven.¹¹ Een patiënt moet een keuze kunnen maken, alle relevante informatie kunnen opnemen en begrijpen, maar deze informatie ook afwegen in het licht van zijn of haar ziekte. Er is ook wel gesteld dat een keuze pas gemaakt kan worden als de andere stappen goed zijn verlopen. Dus: éérst begrijpen, dán waarderen, dán redeneren, daarna een keuze maken.

Hoe dan ook: dat een patiënt het niet eens is met het voorgestelde beleid betekent nog niet dat er sprake is van wilsonbekwaamheid. Een keuze die voldoet aan de crite-

TABEL 1 Criteria voor de bepaling van wils(on)bekwaamheid volgens Grisso en Appelbaum¹⁰

nr.	criterium
1	Het vermogen om een keuze tussen 2 (behandel)mogelijkheden te maken en die te uiten.
2	Het vermogen om de verstrekte informatie feitelijk te begrijpen.
3	Het vermogen om de aard van de situatie in te schatten (beseffen en waarderen eigen situatie).
4	Het vermogen om informatie rationeel af te wegen (logisch redeneren).

ria van Appelbaum en Grisso moet in principe gerespecteerd worden – ook al is de behandelend arts het er niet mee eens, uiteraard met inachtneming van goed hulpverlenerschap en de medische professionele standaard.¹² Denk aan situaties als het weigeren van een vaccinatie, bloedtransfusie of een maagspoeling.

EEN SPECIFIEK OORDEEL OVER EEN CONCRETE BESLISSING

In de praktijk wordt vaak de volgende vraag gesteld: 'Is deze patiënt wel of niet wilsbekwaam?'. Deze vraag is echter niet genuanceerd genoeg. Wilsbekwaamheid is in bijna alle gevallen niet absoluut maar hangt af van de context.¹³ Het gaat immers om een oordeel over de besluitvaardigheid in een concrete situatie. Als voorbeeld: een patiënt kan wilsonbekwaam zijn ten aanzien van de weigering voorbehandeling X en tegelijk wilsbekwaam ten aanzien van deweigering van nadere diagnostiek. Daarbij worden doorgaans hogere eisen gesteld aan de wilsbekwaamheid als de gevolgen van de beslissing ingrijpender zijn. Bij het weigeren van een pleister is de beoordeling van wilsbekwaamheid minder van belang dan bij een potentieel levensbedreigende situatie. Inherent aan de contextspecifieke achtergrond van wilsbekwaamheid is dat een oordeel hierover in de tijd kan veranderen. Denk aan een delier waarbij de wilsbekwaamheid in korte tijd kan fluctueren. Daarom moet een wilsbekwaamheidsbeoordeling regelmatig worden geëvalueerd.

ZORG VOOR COMPLETE DOSSIERVORMING

Aan de hand van de 4 genoemde criteria van Appelbaum en Grisso kan de behandelend arts in de praktijk de wilsbekwaamheid goed en gestructureerd beoordelen.¹⁰ Het is raadzaam om de beoordeling met alle overwegingen volgens deze criteria expliciet te noteren in het patiëntendossier. Uitgangspunt bij elke beoordeling is dat alle patiënten wilsbekwaam zijn totdat het tegendeel is bewezen; wilsonbekwaamheid moet worden aangetoond. Het is daarom van belang in het dossier gemotiveerd alle

TABEL 2 Checklist voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid***1. Aanleiding**

Om welke behandelbeslissing gaat het en hoe ingrijpend is deze?

Wat is de huidige medische toestand?

Wat is de prognose?

Welke context is van belang? Denk bijvoorbeeld aan het ontbreken van een steunsysteem of toezicht bij een gewenst vertrek uit het ziekenhuis.

Is er een wilsbeschikking?

2. Besluit tot gestructureerde beoordeling wilsbekwaamheid

Gaat het om beslissing waarvoor de expliciete en weloverwogen keuze van de patiënt noodzakelijk is?

Zijn er gerede twijfels over de wilsbekwaamheid van de patiënt? Bijvoorbeeld ongebruikelijke antwoorden, 'plotselinge' toestemming, persistente weigering zonder toelichting, wisselende instemming, verwarde indruk.

3. Informeren patiënt

Geef uitleg over de reden om de wilsbekwaamheid (nader) te beoordelen.

Verstrek (nogmaals) adequate informatie over de aard, doel en mogelijke complicaties van voorgestelde behandeling/onderzoek.

Geef de patiënt voldoende tijd om kennis hiervan te nemen en bespreek de verschillende opties.

4. Voorafgaand overleg

Bespreek de situatie en aanleiding met de wettelijk vertegenwoordiger/familie.

Overleg met andere hulpverleners over de situatie om de beoordeling waar nodig multidisciplinair te maken.

5. Beoordeel wilsbekwaamheid

Criteria Appelbaum en Grisso¹⁰:

- Maken en uiten van een keuze.
- Begrijpen van informatie.
- Beseffen en waarderen van informatie voor de eigen situatie.
- Logisch redeneren.

Voorbeeldvragen:

'Kunt u mij vertellen wat uw beslissing is?'

'Kunt u in eigen woorden zeggen wat ik u verteld heb?'

'Gelooft u dat u onderzoek of behandeling nodig heeft?'

'Wat zullen de consequenties zijn van uw besluit?'

'Kunt u mij de voor- en nadelen van het besluit vertellen?'

'Kunt u mij op basis van de informatie vertellen hoe u tot uw besluit bent gekomen?'

Overweeg inzet beoordelingsinstrument (bijvoorbeeld de MacCAT).

Zijn er aanwijzingen voor een huidige psychiatrische of cognitieve stoornis die de wilsbekwaamheid beïnvloedt? Zo ja: overweeg dan te overleggen met een neuroloog of psychiater.

6. Bespreek en overleg de beoordeling

Geef uitleg over de beoordeling en de uitkomst aan patiënt (voor zover mogelijk) en wettelijk vertegenwoordiger.

Bij wilsonbekwaamheid: bespreek de kans op herstel van wilsbekwaamheid.

Bij wilsonbekwaamheid: verkrijg vervangende toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger van patiënt.

Bij verzet van patiënt is er extra zorgvuldigheid nodig bij de bepaling van de noodzaak en kans van slagen onderzoek en/of behandeling.

7. Dossiervorming

Noteer de indicatie, inhoud en het resultaat van de beoordeling van de wilsbekwaamheid.

Leg vast wanneer de wilsbekwaamheid geëvalueerd gaat worden. Dit moet regelmatig gebeuren, zeker als deze gedeeltelijk en/of wisselend is.

MacCAT = MacArthur Competence Assessment Tool

* Een uitaebreide checklist is te vinden op www.artsennet.nl en in referentie 13.

overwegingen te noteren: wat is de aanleiding, welke informatie is aan de patiënt gegeven, welke stappen zijn genomen om tot een specifiek wilsbesluit te komen, over welke beslissing of beslissingen strekt de wilsbekwaamheidsbeoordeling zich uit, wat is de conclusie en wat is het daaruit voortvloeiende beleid.¹⁴ Ook is het goed om de patiënt te wijzen op de mogelijkheid tot het indienen van een klacht. Een algemene checklist voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid in de praktijk is opgenomen in tabel 2.

VERVOLG ZIEKTEGESCHIEDENIS

De psychiater wordt in consult gevraagd omdat de SEH-arts twijfelt aan zijn wilsbekwaamheidsbeoordeling. De SEH-arts legt onder het toezien oog van de psychiater nogmaals uit wat de mogelijke gevolgen zijn van naar huis gaan en wat het doel van de opname is. De patiënt weigert een opname maar kan deze beslissing niet beargumenteren. Bij het volgen van de 4 criteria van Appelbaum en Grisso maakt patiënt wel een keuze (criterium 1), maar hij kan de mogelijke gevolgen van deze beslissing niet herhalen (criterium 2) en de consequenties niet berekenen (criterium 3). Daarnaast kan hij de gevaren van het tegen advies naar huis gaan niet berekenen (criterium 4). De SEH-arts besluit daarom dat de patiënt wils-onbekwaam is ten aanzien van de beslissing tot opname.

WILSONBEKWAAM: WAT NU?

DE VERVANGENDE BESLISBEVOEGDHEID

In deze casus komt de SEH-arts samen met de psychiater tot de conclusie dat de patiënt niet wilsbekwaam is ten aanzien van zijn weigering. Wat nu? Allereerst moet zo mogelijk vervangende toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger verkregen worden. Dit zijn in rangorde: (a) een curator of mentor, (b) een schriftelijk gemachtigde, (c) de echtgenoot of partner, of (d) een ouder, kind, broer of zus (art. 7:465 lid 3 BW). Wie van de familieleden van de laatste categorie het meest in aanmerking komt hangt af van de betrokkenheid van het familielid bij de patiënt. Het gaat er om dat de vertegenwoordiger de wens van de patiënt naar voren brengt en niet zijn eigen belang nastreeft. Dit wordt in principe door de behandelend arts beoordeeld. Als een wettelijk vertegenwoordiger niet in het belang van de vertegenwoordigde en wilsonbekwame patiënt handelt, moet de arts anders beslissen als 'die nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener' (art. 7:465 lid 4 BW). Zo kan een arts een patiënt in uitzonderingsgevallen – ook als er geen nood-situatie is – toch behandelen, ook al stemt de wettelijk vertegenwoordiger van een wilsonbekwame patiënt hier niet mee in. Zo oordeelde het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) dat de behandelend arts met

een beroep op goed hulpverlenerschap bij een comateuze patiënte op de Intensive Care' gerechtigd en mogelijk zelfs gehouden was' om een tracheostoma te plaatsen, ook al stemden haar ouders daar niet mee in, aangezien dezen 'kennelijk niet het belang van patiënte volgden'.¹⁵ Voor noodsituaties geldt dat medisch handelen mogelijk is zonder toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger wanneer toestemming niet kan worden afgewacht gezien de acute situatie (art. 7:466 BW).

VERVOLG ZIEKTEGESCHIEDENIS

De SEH-arts belt de echtgenote van de patiënt. Als wettelijk vertegenwoordiger geeft zij na uitleg toestemming voor opname. Wanneer de patiënt hiervan op de hoogte wordt gesteld, trekt hij zijn infuus eruit en zegt dat hij de SEH onmiddellijk zal verlaten. De psychiater is net weer naar huis en de SEH-arts krabt zich achter de oren: wat nu?

VERZET

Ook al besluit de behandelend arts dat een patiënt wils-onbekwaam is ten aanzien van een bepaalde beslissing en is er vervangende toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger, toch kan de patiënt een behandeling alsnog weigeren. Hij kan zich bijvoorbeeld verzetten; infusen eruit trekken of weglopen. De vraag is dan of de voorgestelde behandeling doorgezet moet worden. Om dit te beoordelen spelen 3 begrippen een rol: (a) proportionaliteit (staat het middel in verhouding tot het doel), (b) subsidiariteit (minst ingrijpende maatregel) en (c) doelmatigheid (wordt het beoogde doel bereikt).

Het kan bijvoorbeeld niet proportioneel zijn om iemand te fixeren omdat er op een uitslag van een onderzoek moet worden gewacht. Qua subsidiariteit zou een minder optimale behandeling gekozen kunnen worden waar een patiënt wel mee instemt. Dat kan in de praktijk betekenen dat er voor een medisch inhoudelijk minder optimale maar praktische oplossing gekozen wordt. Per situatie kan de afweging hierin verschillen.

VERVOLG ZIEKTEGESCHIEDENIS

Omdat er bij patiënt A potentieel levensgevaar dreigt vanwege mogelijke pancreatitis en verslechtering van de hartfunctie blijft een opname geïndiceerd en is er geen goed alternatief beschikbaar. Het voorstel om de patiënt zo kort mogelijk op te nemen doet hem na een hernieuwd gesprek niet van gedachten veranderen.

OVEREENSTEMMING

In de dagelijkse praktijk is er vaak beperkt tijd om zaken rondom wilsbekwaamheid goed af te handelen. Ook kan weigering van het behandelvoorstel door patiënt irritatie oproepen bij de behandelend arts. Het is echter van belang om de tijd te nemen om vragen te beantwoorden

en de patiënt de informatie te laten samenvatten. Zo is er de meeste zekerheid dat de patiënt alle informatie goed heeft begrepen; een voorwaarde voor wilsbekwaamheid. Het zoeken naar een compromis, eventueel in overleg met de wettelijk vertegenwoordiger, kan soms effectief zijn. Het erbij betrekken van familie of juist een andere vertegenwoordiger kan daarnaast helpen om iemands bezwaren beter te begrijpen of om samen met de patiënt tot een compromis te komen. Ook al is er niet altijd een compromis mogelijk, een verschil van mening over de behandeling vergt van beide partijen een tijdsinvestering en creativiteit in het zoeken naar oplossingen.

VERVOLG ZIEKTEGESCHIEDENIS

In een vervolgesprek waar zijn echtgenote bij is geeft patiënt A aan dat hij veel pijn heeft. De SEH-arts zegt toe adequate pijnmedicatie te starten als hij wordt opgenomen. Deze toezegging – samen met de belofte dat de opname niet langer zal duren dan nodig is – trekt patiënt over de streep. Hij stemt in met opname.

DE ROL VAN DE PSYCHIATER

Sommige artsen zijn terughoudend in het doen van een uitspraak over wilsbekwaamheid en vragen meteen een psychiater in consult. Zoals eerder beschreven is de behandelend arts de eerst aangewezen persoon om een wilsbekwaamheidsbeoordeling te verrichten. Hij kent de patiënt het best en weet alles over de voorgestelde diagnostiek en behandeling. Pas als er twijfel bestaat over de wilsbekwaamheidsbeoordeling kan een second opinion van een psychiater helpen om gezamenlijk de gevolgde beoordeling te toetsen. Dit kan zeker een toegevoegde waarde hebben bij ingrijpende beslissingen. Ook kan een psychiater beoordelen of een psychiatrische of cognitieve stoornis de wilsbekwaamheid beïnvloedt. Indien een patiënt wilsonbekwaam is vanwege de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening kan het behandelen van deze psychiatrische aandoening mogelijk de zelfbeschikking weer herstellen. Dit kan de voorkeur hebben mits het somatisch verantwoord is in de gegeven situatie. Overigens heeft de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening vaak weinig consequenties voor de wilsbekwaamheid. Wilsbekwaamheid betreft een dynamisch oordeel over een specifieke medische situatie. Een eerder gestelde psychiatrische diagnose is geen reden om uit te gaan van wilsonbekwaamheid.

AANBEVELINGEN

Uit dit artikel volgen de volgende observaties en aanbevelingen:

- Het oordeel over wilsbekwaamheid is een dynamisch oordeel over de bekwaamheid van de patiënt om één concrete beslissing verantwoord te nemen. Voor een gestructureerde wilsbekwaamheidsbeoordeling kunnen de criteria van Appelbaum en Grisso als leidraad dienen.
- In eerste instantie is het de behandelend arts die de wilsbekwaamheid van de patiënt beoordeelt. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid kan het zinvol zijn de psychiater bij de beoordeling te betrekken als tweede (onafhankelijke) beoordelaar. Daarbij kan de psychiater samen met de behandelend arts en patiënt nagaan hoe de wilsbekwaamheidsbeoordeling tot dan toe is verlopen. Ook kan een psychiater beoordelen of een psychiatrische of cognitieve stoornis de wilsbekwaamheid beïnvloedt.
- Overwegingen over wilsbekwaamheid moeten altijd concreet en systematisch in het patiëntendossier genoteerd worden en periodiek geëvalueerd worden.
- Zowel bij wilsbekwame als bij wilsonbekwame patiënten verricht een goed hulpverlener een behandeling die proportioneel, doelmatig en het minst ingrijpend is.
- Het in een vroeg stadium betrekken van de wettelijk vertegenwoordiger of familie bij de wilsbekwaamheidsbeoordeling kan helpen om de achtergrond van een patiënt beter te begrijpen en tot consensus te komen.
- Hoewel een oordeel over wilsbekwaamheid vaak in een hectische en complexe klinische situatie speelt, is het van belang om voldoende tijd te nemen. Zo kan meegeacht worden met de patiënt om tot de beste medische beslissing te komen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 19 maart 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7229

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK**

LITERATUUR

- 1 Akerboom CP, Dute JC. Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging – Thematische Wetsevaluatie. Den Haag: ZonMW; 2011.
- 2 Legemaate J. Criteria voor wilsonbekwaamheid. Nederlands Juristenblad. 1992;190-3.
- 3 Hertogh CM. De eenvoud van wetgeving en de weerbarstige praktijk. Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A5722.
- 4 Winter H, Woestenburg NO, Akerboom CP. Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging Een thematische wetsevaluatie. Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A4467.
- 5 Jourdan JB, Glickman L. Reasons for requests for evaluation of competency in a municipal general hospital. Psychosomatics. 1991;32:413-6.
- 6 Witmer JM, de Roode RP (red.). Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming (Bijlage 8 Modelrichtlijn). Utrecht: KNMG; 2004.
- 7 Welie SP, Dute J, Nys H, van Wijmen FC. Patient incompetence and substitute decision-making: an analysis of the role of the health care professional in Dutch law. Health Policy. 2005;73:21-40.
- 8 Doorn N. Wilsbekwaamheid; Weldoen, Autonomie, Identiteit. Amsterdam: Boom; 2009.
- 9 Hondius A, Zuijderhoudt R, Honig A. Wilsonbekwaamheid vaststellen: Een casus en een stappenplan. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2005; 597-607.
- 10 Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. The New Engl J Med. 1988;319:1635-8.
- 11 Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Den Haag: Rijksoverheid; 2007.
- 12 Kramers C, Jansman FG, Droogleever Fortuyn H. Een patiënt die na een auto-intoxicatie met paracetamol behandeling weigert. Ned Tijdschr Geneesk. 2006;150:1601-4.
- 13 Knuiman RBJ, Tholen AJ, van Wijmen FCB. Medische behandeling van meerderjarige wilsonbekwame patiënten: Een modelrichtlijn bij de WGBO. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2006: 628-37.
- 14 Biesart MCIH. Arts en schriftelijke wilsverklaring. Utrecht: KNMG; 2002.
- 15 Beslissing in de zaak onder nummer C2011.003. Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 26 juni 2012.