

Goede vertegenwoordiging

Aan: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Nr. 2019/08, Den Haag, 21 mei 2019

Gezondheidsraad



inhoud

Samenvatting	3		
01 Inleiding	6		
1.1 Aanleiding	7		
1.2 Vraag	7		
1.3 Aanpak	7		
1.4 Leeswijzer	8		
02 De vertegenwoordigingsregeling	9		
2.1 Wilsbekwaam	10		
2.2 Vertegenwoordiging	11		
2.3 Uitgangspunten vertegenwoordigersregeling	14		
2.4 Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en kwaliteitseisen	15		
2.5 Taken en plichten wettelijke vertegenwoordigers	15		
2.6 Grenzen aan vertegenwoordiging	17		
03 Knelpunten rond de bevoegdheid van mentoren	18		
3.1 Verschillende interpretaties	19		
3.2 Oordeel van de commissie	20		
3.3 Aanbeveling	20		
04 Knelpunten rond de persoon van de vertegenwoordiger	21		
4.1 Ruime taakopvatting	22		
4.2 De familievertegenwoordiger	23		
4.3 De afwezige vertegenwoordiger	23		
4.4 De onbekwame of niet-geaccepteerde vertegenwoordiger	24		
4.5 Aanbevelingen	24		
05 Verschillen in visie	26		
5.1 Voorbeelden van verschillen in visie	27		
5.2 Vaststellen belang patiënt	28		
5.3 Aanbevelingen	29		
Literatuur	31		



samenvatting

Ieder mens heeft het recht om zelf te beslissen over zorg en behandeling. Toch zijn er situaties waarin iemand zijn eigen belangen niet goed kan behartigen in een bepaalde situatie of ten aanzien van een specifiek besluit. In die gevallen treedt een vertegenwoordiger op namens of naast de patiënt. Dit kan zowel een familielid zijn, iemand die door de patiënt is aangewezen (gemachtigde), of een door de rechter benoemde mentor of curator. In de praktijk is niet altijd duidelijk wat de bevoegdheden van een vertegenwoordiger zijn en aan welke (kwaliteits)eisen een goede vertegenwoordiger moet voldoen. Ook kan goede vertegenwoordiging botsen met goed hulpverlenerschap. Hierdoor kunnen spanningen ontstaan in de zorgrelatie die een ongunstige invloed kunnen hebben op de zorg en behandeling van een patiënt. Daarnaast lijkt het aantal (tucht)klachten over de relatie tussen vertegenwoordiger, zorgverlener en vertegenwoordigde toe te nemen. Daarom

heeft de Commissie Ethiek en recht van de Gezondheidsraad op eigen initiatief in kaart gebracht wat er (wettelijk) geregeld is rond goede vertegenwoordiging, welke knelpunten zich voordoen in de praktijk en hoe betrokkenen aankijken tegen goede vertegenwoordiging. Zij beoogt hiermee een handreiking te bieden aan beleidmakers, zorgverleners, vertegenwoordigers en patiënten.

Verschillen tussen wetten

De commissie constateert dat er verschillen zijn tussen de omschrijving van de taken en bevoegdheden van (wettelijke) vertegenwoordigers in diverse wetten. Bovendien zijn de bevoegdheden en kwaliteitseisen voor curatoren en mentoren uitvoerig geregeld in de wet, maar geldt dit niet voor gemachtigden en familievertegenwoordigers. De commissie adviseert de wetgever om de terminologie en de bevoegdheden en taken van de vertegenwoordigers in

de verschillende wetten zo veel mogelijk overeen te laten komen of op elkaar af te stemmen.

In de praktijk is onduidelijk hoe ver de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van een mentor reiken als de patiënt in staat is zelf een bepaalde beslissing over de zorg te nemen. De commissie is van oordeel dat een meerderjarige patiënt die wilsbekwaam is zelf een beslissing mag nemen, waarbij de mentor geïnformeerd wordt. Zij vindt het wenselijk dat de bestaande wetgeving op deze wijze wordt uitgelegd en dat de wetgever dit in toekomstige wetgeving ook als uitgangspunt neemt.

Tijdig bespreken wie als vertegenwoordiger optreedt

Artsen, vertegenwoordigers en patiënten zien de taakopvatting van vertegenwoordigers ruimer dan nu is neergelegd in de wet. De vertegenwoordiger heeft in de praktijk naast het nemen van behandelbeslissingen een belangrijke signalerende en informerende taak. De problemen met vertegenwoordiging verschillen



deels per (zorg)sector. Er zijn echter een aantal knelpunten die spelen binnen alle (zorg) sectoren. Zo is in de praktijk niet altijd duidelijk wie als vertegenwoordiger optreedt voor een patiënt. De commissie beveelt zorgverleners aan om tijdig, bijvoorbeeld bij het begin van de behandelrelatie, te bespreken wie de patient vertegenwoordigt, of wie dit bij eventuele toekomstige wilsonbekwaamheid gaat doen en dit aan te tekenen in het dossier.

Voorlichting over typen vertegenwoordiging

Verder hebben artsen in de praktijk vaak de voorkeur voor familievertegenwoordigers, omdat zij dichtbij de patiënt staan en een levensgeschiedenis delen. Omdat er niet altijd iemand uit de familie beschikbaar is, neemt de vraag naar mentorschap toe. In de praktijk bestaat behoefte aan meer voorlichting over de diverse typen (wettelijke) vertegenwoordigers en hun taken en bevoegdheden. De commissie beveelt aan dat beroepsgroepen en patiëntenverenigingen hier meer aandacht aan besteden. Belangrijk

aandachtspunt hierbij is dat de wettelijke taken en verantwoordelijkheden van mentoren en curatoren lijken te verschillen met wat er in de praktijk van hen wordt verwacht.

Kring van vertegenwoordigers uitbreiden en kwaliteitseisen vastleggen

Daarnaast lopen artsen in de praktijk soms tegen het probleem aan dat er geen vertegenwoordiger is of dat deze slecht functioneert. Zij passen verschillende strategieën toe om hiermee om te gaan. Doorgaans zijn ze terughoudend in het aanvragen van een mentor via de kantonrechter. De nieuwe wetten Wet zorg en dwang (Wzd) en Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), die naar verwachting in 2020 ingaan verplichten daar wel toe. Omdat het regelmatig voorkomt dat er geen vertegenwoordiger beschikbaar is voor een wilsonbekwame patiënt, adviseert de commissie om de kring van vertegenwoordigers in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst uit te breiden met grootouders en kleinkinderen, conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen

in de zorg, de Wzd en Wvggz. Verder beveelt de commissie aan minimale kwaliteitseisen en uitgangspunten van goede vertegenwoordiging op te stellen waaraan zorgverleners bij twijfel het handelen van vertegenwoordigers kunnen toetsen.

Goede communicatie, ook bij verschil in visie

Tot slot kunnen de zorgverlener en vertegenwoordiger van mening verschillen over wat het beste is voor de patiënt. In principe is de toestemming van de vertegenwoordiger leidend, tenzij deze kennelijk niet in het belang van de patiënt handelt. De zorgverlener kan tegen de wens van de vertegenwoordiger ingaan als die niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener en de patiënt kan schaden. In de praktijk blijkt dat goede vertegenwoordiging voor een groot deel afhangt van relationele aspecten, goede communicatie, betrokkenheid, aandacht en de band tussen de vertegenwoordiger en de patiënt. Daarom zijn de gesignaleerde knelpunten niet (alleen) met behulp van het juridi-



sche kader op te lossen, maar vraagt dit actieve betrokkenheid van zorgverleners en beroeps- en patiëntenverenigingen.

De commissie adviseert de zorgverlener om bij aanvang van de behandelrelatie de wederzijdse verwachtingen, rechten en plichten van de zorgverlener en de vertegenwoordiger rond hun beider verantwoordelijkheden ten opzichte van de patiënt te bespreken en regelmatig te evalueren. Ook adviseert zij landelijke (overkoepelende) beroeps- en patiëntenorganisaties om samen een handreiking op te stellen die gebruikt kan worden door zorgverleners, vertegenwoordigers en patiënten als uitgangspunt bij een

gesprek over wederzijdse verwachtingen. Bij verschil van mening tussen de zorgverlener en de vertegenwoordiger verdient het volgens de commissie de voorkeur een besluit uit te stellen tot de patiënt weer wilsbekwaam is. Als het besluit niet kan wachten, of (herstel van) wilsbekwaamheid niet mogelijk is, beveelt de commissie aan in dergelijke gevallen een onafhankelijke deskundige, zoals een mediator of klachtenfunctionaris in te schakelen en/of een moreel beraad te houden. Ook raadt zij zorginstellingen aan om een vertrouwenspersoon aan te stellen voor de begeleiding en ondersteuning van vertegenwoordigers.



01 inleiding



Ieder mens heeft het recht om zelf te beslissen over zorg en behandeling, althans zo lang deze zorg valt binnen de professionele standaard van zorgverleners. Autonomie is een van de centrale waarden in de medische ethiek en het gezondheidsrecht.¹ Tegelijk erkennen gezondheidswetten ook dat zelfbeschikking in bepaalde situaties tijdelijk of gedeeltelijk of duurzaam onmogelijk is. Dit is het geval als iemand 'niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake', oftewel wilsonbekwaam is. In die situatie geldt als uitgangspunt dat een vertegenwoordiger de (patiënten)rechten namens of naast de patiënt uitvoert. De vertegenwoordiger neemt dan de beslissingen over zorg en behandeling namens de patiënt. Dit kan zowel een door de wet aangewezen familielid zijn als een door de patiënt gemachtigde, of een door de rechter benoemde vertegenwoordiger (mentor, curator).

1.1 Aanleiding

Diverse wetten bevatten een vertegenwoordigersregeling; vaak staat er een bepaling in over goede vertegenwoordiging, zoals de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Recent zijn daar de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) aan toegevoegd. In de praktijk is niet altijd duidelijk wat de bevoegdheden van een vertegenwoordiger zijn en aan welke (kwaliteits)eisen een goede vertegenwoordiger moet voldoen. Ook kan de eis van goede vertegenwoordiging botsen met de eis van

goed hulpverlenerschap, waarbij voor de zorgverlener en de vertegenwoordiger niet altijd helder is wie en wanneer bij conflicten de knoop doorhakt en op welke gronden. Dit kan leiden tot spanningen in de zorgrelatie en de zorg of behandeling van de patiënt ongunstig beïnvloeden. Ook lijken het aantal (tucht)klachten over de relatie tussen vertegenwoordiger, zorgverlener en vertegenwoordigde toe te nemen. Signalen uit de praktijk hierover waren aanleiding voor de commissie om over dit onderwerp een ongevraagd advies uit te brengen.

1.2 Vraag

De Commissie Ethiek en recht van de Gezondheidsraad beoogt in dit advies een handreiking te bieden aan beleidsmakers, zorgverleners, vertegenwoordigers en patiënten. De vraag die de commissie wil beantwoorden is: welke knelpunten worden ervaren ten aanzien van de vertegenwoordiging van patiënten, wat is goede vertegenwoordiging en hoe verhoudt dit zich tot goed hulpverlenerschap?

Dit advies beperkt zich tot de vertegenwoordiging van meerderjarige patiënten ten aanzien van hun behandeling en zorg, omdat dit onderwerp in relatie tot minderjarigen al de aandacht heeft van andere adviesorganen.²

1.3 Aanpak

Ter beantwoording van de vraag heeft de commissie een literatuurstudie en een jurisprudentie-onderzoek gedaan naar knelpunten en uitgangspunten ten aanzien van goede vertegenwoordiging. Verder zijn interviews



gehouden met huisartsen en medisch specialisten. Ook is er een bijeenkomst belegd met vertegenwoordigden (patiënten), vertegenwoordigers (onbenoemd en benoemd), medisch specialisten, rechters en een voorzitter van een klachtencommissie.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaat de commissie in op de situaties waarin vertegenwoordiging aan de orde is en de verschillende vormen van vertegenwoordiging. Ook beschrijft zij de kwaliteitseisen die op grond van de relevante wet- en regelgeving aan vertegenwoordiging worden gesteld. Vervolgens gaat de commissie in op de praktijk, waarbij hoofdstuk 3 gaat over kwesties rond de persoon van de vertegenwoordiger en hoofdstuk 4 over verschillen van visie die in de praktijk kunnen ontstaan tussen zorgverleners en vertegenwoordigers over welke behandeling of verzorging het beste is voor een patiënt. Ter illustratie zijn enkele casussen opgenomen uit of gebaseerd op de casuïstiek uit de interviews. In het [achtergronddocument](#) wordt uitgebreider verslag gedaan van de interviews en de bijeenkomst waarop hoofdstuk 4 en 5 zijn gebaseerd.



02 de vertegenwoor- digingsregeling



Diverse wetten omschrijven de taken en bevoegdheden van vertegenwoordigers. Hierin zitten echter verschillen. Bovendien zijn de bevoegdheden en kwaliteitseisen voor curatoren en mentoren uitvoerig geregeld in de wet, maar geldt dit niet voor de gemachtigden of familievertegenwoordigers. De commissie adviseert de wetgever om de terminologie en de bevoegdheden en taken van de vertegenwoordigers in de verschillende wetten zo veel mogelijk overeen te laten komen of op elkaar af te stemmen.

2.1 Wilsbekwaam

Behandeling en zorg kunnen in niet acute situaties slechts plaatsvinden als de betrokkene daar toestemming voor heeft gegeven. Die toestemming is rechtsgeldig als aan een aantal voorwaarden is voldaan: de betrokkene moet wilsbekwaam zijn, over voldoende informatie kunnen beschikken en de toestemming vrijwillig geven.¹ In acute situaties mag de zorgverlener toestemming veronderstellen indien de tijd gezien de (medische) ernst van de situatie ontbreekt om toestemming te vragen (7: 466 BW).

Criteria wilsbekwaamheid

In de literatuur worden verschillende criteria voor wilsbekwaamheid genoemd. Een redelijke mate van overeenstemming bestaat er internationaal over de volgende criteria voor het beoordelen van de beslisvaardigheid.

1. Kunnen begrijpen welke keuzemogelijkheden voorhanden zijn.
2. De gevolgen van deze keuzemogelijkheden kunnen begrijpen.
3. De keuze kunnen waarderen in het licht van de eigen prioriteiten.
4. Een rationele keuze kunnen maken.

Aan de hand van deze criteria beoordeelt de behandelend arts de mate van wilsbekwaamheid. Al deze criteria worden als noodzakelijk beschouwd om iemand als wilsbekwaam aan te merken.³⁻⁶ Iemand kan in meerdere of mindere mate aan de criteria voldoen, wat wilsbekwaamheid een gradueel begrip maakt. Uiteindelijk moet de arts echter een knoop doorhakken over de vraag of iemand voldoende wilsbekwaam is om een bepaalde beslissing te kunnen nemen, gegeven de aard en de reikwijdte van dat besluit. De arts trekt dan een streep op de schaal van wilsbekwaamheid: daarboven is iemand wilsbekwaam, eronder niet. Wilsbekwaamheid is dan een binair begrip: je bent het wel of niet. In dit advies wordt 'wilsbekwaam' verder in deze binaire zin gebruikt.

Zie bijv. voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid het KNMG Stappenplan uit 2004 en het hierop gebaseerde handreiking Beginselen en vuistregels bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag wilsonbekwaamheid van de NVAA uit 2008.

Juridisch is het uitgangspunt dat iedereen wilsbekwaam is tot het tegendeel is bewezen. De (gezondheids)wetgeving omschrijft wilsonbekwaamheid als: "iemand die niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.¹ Uit de gekozen formulering, vooral uit de toevoeging 'ter zake', blijkt dat de wetgever wilsbekwaamheid opvat als een taakspecifiek begrip. Dit betekent dat het oordeel over iemands wilsbekwaamheid, iemands vermogen tot besluitvorming, alleen geldt voor een bepaald (type) besluit op een bepaald moment. Bovendien is het oordeel afhanke-



lijk van de context: het onderwerp van de beslissing, de complexiteit van de situatie en de mogelijke ernst van de gevolgen.¹

Bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid wordt er uitgegaan van een drempelwaarde: iemand is wilsbekwaam genoeg om een bepaalde beslissing te nemen.⁷ Het is dus altijd een normatief oordeel. Beoordeling van de wilsbekwaamheid wordt vaak in gang gezet doordat een patiënt een onverwachte beslissing wil nemen die tegen het advies van de zorgverlener ingaat en die grote gevolgen heeft voor zijn gezondheid of welzijn.⁸ Dat betekent overigens niet dat een patiënt in zo'n situatie ook altijd feitelijk wilsonbekwaam is. Tussen de beoordelaars bestaat variatie met betrekking tot het oordeel of sprake is van wilsonbekwaamheid.⁸ Het oordeel dat iemand (feitelijk) niet wilsbekwaam is, heeft wel grote gevolgen voor de rechten van die persoon.

Dat iemand een ziekte, aandoening of een handicap heeft, mag op zichzelf geen reden zijn om de handelingsbekwaamheid van iemand te beperken (art. 12 van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap). Een ziekte of handicap kan wel tot gevolg hebben dat iemand (tijdelijk) niet in staat is om zijn belangen te behartigen.⁹⁻¹¹ Voorbeelden zijn mensen met een ernstige verstandelijke beperking of delier. Er kan sprake zijn van tijdelijke wilsonbekwaamheid (bijvoorbeeld comateuze patiënt) of permanente wilsonbekwaamheid (bijvoorbeeld patiënten met een ernstige en diepe verstandelijke beperking). Ook kan de wilsbekwaamheid toe- of afnemen of fluctueren. Bij personen met dementie is sprake van een afnemende wilsbekwaamheid. Op een bepaald moment

kunnen ze nog wel eenvoudige beslissingen nemen, zoals het slikken van een pijnstiller bij pijn, maar geen complexe beslissingen, zoals over een operatie. Bij een fluctuerende wilsbekwaamheid kan iemand bijvoorbeeld door een opbloeiende manie of psychose, tijdelijk geen (complexe) behandelbeslissingen nemen. Het oordeel over iemands wilsbekwaamheid, of deze nu toenemend, tijdelijk, afnemend of fluctuerend is, blijft echter altijd situatie gebonden.

2.2 Vertegenwoordiging

Als een behandelend arts iemand wilsonbekwaam acht, is het uitgangspunt dat een vertegenwoordiger de (patiënten)rechten namens of naast hem uitvoert. Dit betekent onder andere dat een ander voor de patient beslissingen neemt over medische behandelingen, verwijzing naar een ziekenhuis, woon- zorgplek, behandelaar of begeleider. In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek) die de rechten en plichten van patiënten regelt, is het hoofdregiem van de vertegenwoordigersregeling neergelegd, waarop in andere patiëntenwetgeving en wetgeving op het terrein van het sociale domein is voortgeborduurd.^{5,12}

De WGBO regelt dat er diverse soorten vertegenwoordigers kunnen zijn:

benoemd:

- Een persoon die door de rechter is benoemd: een curator of een mentor (wettelijke vertegenwoordigers)



- Iemand die door de patient is aangewezen toen hij nog wilsbekwaam was (de schriftelijke gemachtigde)

onbenoemd:

- Een familielid (familievertegenwoordiger). Welke familieleden dit kunnen zijn, staat limitatief (uitputtend) opgesomd in de WGBO (art. 7:465, lid 3 BW) en andere gezondheidswetgeving.

De wettelijke hiërarchie op grond van de WGBO is: 1) de curator/ mentor; 2) schriftelijke gemachtigde; 3) de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt; 4) een ouder, kind, broer of zus.

Bij onenigheid tussen familieleden die wettelijk hiërarchisch op dezelfde lijn zitten (kinderen van een patiënt) kan een arts tot op zekere hoogte zelf bepalen tegenover wie hij zijn verplichtingen nakomt. In de (tucht)rechtspraak wordt aangenomen dat de behandelend arts bepaalt welk familielid hij als vertegenwoordiger benadert. Bij deze keuze weegt de arts de feitelijke relatie tot de patient mee, omdat van de beoogde vertegenwoordiger wordt verwacht dat hij in staat is om de wil van patiënt naar voren te brengen. Ook bij onenigheid binnen de familie over de behandeling, mag de behandelend arts afgaan op de persoon die naar zijn mening de belangen van de patiënt het beste kan behartigen. Hierbij kan de arts zijn mening baseren op (vroegere) uitlatingen van de patiënt, zijn voorkeur, zijn voorgeschiedenis en het contact met de patiënt. De behandelend arts moet zijn beslissing aan de familie uitleggen en vastleggen in het dossier.

De familie of de instelling kan eventueel (familiaire) mentorschap aanvragen om in het vervolg onenigheid in de spreekkamer te voorkomen. Een andere optie is dat de familie of zorgaanbieder bij de rechter verzoekt om een wettelijk vertegenwoordiger van buiten de familie. Conflictueuze familierelaties of de onbekwaamheid van de vertegenwoordiger die de kwaliteit van zorg (ernstig) aantasten, of leiden tot een onwerkbaar situatie voor de zorgverleners kan hiervoor een aanleiding zijn. In de praktijk zijn zorgaanbieders hier terughoudend in.

Het komt geregeld voor dat er geen vertegenwoordiger beschikbaar is. In een dergelijke situatie kan de behandelend arts, bij voorkeur in overleg met andere betrokken zorgverleners, (medische) of zorginhoudelijke beslissingen nemen voor de patiënt. Hierbij kan de behandelend arts terugvallen op de professionele standaard en de normen van goed hulpverlenerschap. Het is dan wel vanwege het borgen van het respect voor autonomie zaak zo snel mogelijk een vertegenwoordiger voor de patiënt te vinden, bijvoorbeeld door aanvraag van een mentor, waartoe de Wet Zorg en dwang en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg straks ook verplichten.

Begin 2018 zijn de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) aangenomen, die naar verwachting op 1 januari 2020 in werking treden. Deze wetten regelen de rechten van mensen die verplichte zorg of onvrijwillige zorg krijgen, zoals het ondanks verzet toedienen van vocht, voeding en medicatie en andere medische



handelingen ter behandeling van psychogeriatrische aandoening, een verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of voor een behandeling van een lichamelijke ziekte. In deze wetten is de kring van familieleden die vertegenwoordigers kunnen zijn uitgebreid ten opzichte van de WGBO, met grootouders en kleinkinderen. De reden hiervoor is dat de wetgever het belangrijk vindt om representanten van patiënten te betrekken bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid en bij de toepassing van (onvrijwillige) zorg.¹³ Vooral in de ouderenzorg doen patiënten en zorgverleners vaak een beroep op kleinkinderen. Verder bepalen de Wzd en de Wvvgz dat een schriftelijk gemachtigde zich schriftelijk bereid moet verklaren deze taak op zich te nemen. Deze verplichting kent de WGBO niet. Ook schrijven de Wzd en de Wvvgz voor dat, respectievelijk de Wzd-functionaris en de behandelend arts, vaststellen of iemand wilsbekwaam is en bij het ontbreken van vertegenwoordiging mentorschap aanvraagt.

Mentorschap en ondercuratelestelling

Mentorschap is bedoeld voor mensen die als gevolg van hun geestelijke of lichamelijke toestand tijdelijk of permanent onvoldoende in staat zijn hun persoonlijke belangen te behartigen (art. 1:450 BW). Dit betreft belangen die niet over geld en goederen gaan. Er zijn verschillende soorten mentoren:

- professionele mentoren die drie of meer cliënten vertegenwoordigen en zelfstandig ondernemer zijn, of zijn aangesloten bij een bureau dat

- mentorschap biedt. Zij voeren jaarlijks 17 uur mentorschap uit
- vrijwillige mentoren, verbonden aan een Stichting mentorschap (overkoepeld door Mentorschap Nederland). Zij begeleiden in de regel een of twee cliënten en krijgen alleen een onkostenvergoeding van de Stichting mentorschap. Afhankelijk van de behoefte kan de bemoeienis van deze vrijwillige mentoren verder gaan dan vertegenwoordiging en kunnen ze daarnaast 'maatje' zijn
- familiale mentoren. Dit zijn familieleden die door de rechter worden aangewezen als mentor. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij onenigheid in de familie of wanneer de wens bestaat te formaliseren dat een broer of zus van een cliënt optreedt als vertegenwoordiger in plaats van de ouders.

Verschil is dat de professionele mentor meer op afstand staat en vooral een regierol heeft, terwijl de vrijwillige en familiale mentor over het algemeen intensiever contact hebben met de patient, deze beter kennen en ook daadwerkelijk meegaan met bijvoorbeeld ziekenhuisbezoek.

Een curator behartigt zowel de vermogensrechtelijke als de niet-vermogensrechtelijke belangen van de onder curatele gestelde. De ondercuratelestelling is bedoeld voor mensen die vanwege hun lichamelijke of geestelijke toestand, of vanwege van drank- of drugsgebruik hun belangen niet zelfstandig kunnen behartigen (art. 1:378 BW).

Zowel curatele als mentorschap zijn beschermende maatregelen die beogen bescherming te bieden aan mensen die onvoldoende voor zich-



zelf kunnen zorgen, om misbruik van hen te voorkomen en hun veiligheid te waarborgen.

Degene voor wie de maatregel wordt aangevraagd, kan voor aanzienlijke kosten komen te staan. Het gaat eenmalig om griffiekosten en kosten van intake en een jaarlijkse bijdrage van ongeveer € 600 tot € 1.500 voor mentoren en ongeveer € 1.000 tot € 2.600 voor curatoren. (zie Regeling beloning curatoren, bewindvoerders en mentoren). Vertegenwoordigers uit familiekring zijn goedkoper dan de overige vertegenwoordigers. Wanneer een vertegenwoordigde weinig inkomen en geen vermogen heeft, kan hij bijzondere bijstand aanvragen bij de gemeente.

Iemand die onder curatele of mentorschap staat, mag zonder toestemming van de curator of mentor geen rechtshandelingen verrichten, tenzij uit wet of verdrag anders voortvloeit. Hij mag dus bijvoorbeeld geen behandelingsovereenkomst sluiten (art. 1:453, lid 1 BW en art. 1:381, lid 4 BW). Zo iemand is niet automatisch ook wilsonbekwaam. De wilsonbekwaamheid ter zake zal steeds moeten worden beoordeeld door de behandelaar en/of de curator of mentor (art. 1:454 BW en art. 1:381, lid 4 BW). Belangrijk verschil is dat het bij de beschermende maatregelen gaat om 'niet mogen' en bij wilsonbekwaamheid om 'niet kunnen'.

2.3 Uitgangspunten vertegenwoordigersregeling

In het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (IVRPH) staan de kerneisen die het verdragsrecht stelt aan een wilsonbe-

kwaamheidsverklaring en de daaraan gekoppelde juridische (rechts) gevolgen. Artikel 12, vierde lid verplicht staten ertoe om te zorgen dat maatregelen die betrekking hebben op het uitoefenen van rechten van personen met een handicap omkleed zijn met waarborgen tegen misbruik, zodat de rechten, wil en voorkeuren van de betrokkene worden gerespecteerd.

Bij de keuze van het type vertegenwoordiger spelen volgens het IVRPH en de jurisprudentie drie uitgangspunten een rol:

- subsidiariteit: de belangen van een wilsonbekwame patiënt moeten door de minst ingrijpende vorm van vertegenwoordiging worden behartigd. Dit betekent dat een onbenoemde (familielid) de voorkeur heeft boven een benoemde vertegenwoordiger en een mentor boven een curator
- proportionaliteit: de vorm van vertegenwoordiging moet in verhouding staan tot de belangen die beschermd moeten worden. Heeft een patiënt alleen problemen om met geld om te gaan, dan is ondercuratelestelling niet proportioneel en is een beschermingsbewind meer op zijn plaats
- doelmatigheid: zodra een bepaalde vorm van vertegenwoordiging niet meer nodig is, moet de maatregel worden beëindigd of vervangen door een minder ingrijpende vorm, zodat de patient weer zo veel mogelijk zelf beslissingen kan nemen.



Uitgangspunt is dat een patiënt die in staat is zelf een beslissing te nemen daartoe ook de mogelijkheid moet krijgen (art. 1:454 BW en art. 1:381, lid 4 BW). De vertegenwoordiger doet op dat moment een stap terug.

Uitgaand van het autonomie-ideaal zou de vertegenwoordiger, zo mogelijk, een voorliggend besluit moeten opschorten tot de patiënt weer de volle verantwoordelijkheid kan dragen over zijn beslissingen. Algemeen aanvaard is dat een (wettelijke) vertegenwoordiger niet over hoogst-persoonlijke zaken mag beslissen, zoals actieve levensbeëindiging (art. 2, lid 1, sub a en lid 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding) en zwangerschapsafbreking (art. 5, lid 2, sub b Wet afbreking zwangerschap). Een uitzondering hierop vormt per 1 juli 2020 de beslissing over orgaandonatie na overlijden als de wilsonbekwaamheid van de overledene bij leven aannemelijk was (art. 9 nieuwe Donorwet).^{14,15}

2.4 Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en kwaliteitseisen

In de WGBO en andere wetten waarin een vertegenwoordigersregeling is opgenomen, staan de normen waaraan vertegenwoordiger en zorgverlener zich moeten houden. Op grond van de WGBO moet de vertegenwoordiger de patiënt zo veel mogelijk betrekken bij de uitvoering van zijn taak (art. 7:465, lid 5 BW). Op die manier kan de vertegenwoordiger zijn handelen in lijn brengen met wat voor de patiënt belangrijk is en wordt deze ook aangemoedigd om voor een deel de regie te houden over zijn leven, zorg en behandeling. Ook moet de vertegenwoordiger zich gedragen als een goed vertegenwoordiger (art. 7:465, lid 5 BW). De invul-

ling van deze open norm heeft de wetgever aan de (rechts)praktijk overgelaten.⁵

2.5 Taken en plichten wettelijke vertegenwoordigers

Voor alle typen curatoren en mentoren bevat de wet- en regelgeving diverse bepalingen over verantwoordelijkheden en bevoegdheden en biedt de jurisprudentie enkele handvatten voor de wijze waarop een goed vertegenwoordiger zijn taak behoort uit te voeren. Op basis van de wet en de rechtspraak moeten deze wettelijk vertegenwoordigers:

- de eigen capaciteit van de patient zo veel mogelijk honoreren
- de patiënt zo veel mogelijk betrekken bij de uitvoering van de maatregel (art. 1:454 BW en art. 1:381, lid 4 BW). Dit impliceert in ieder geval een zekere informatieplicht naar de cliënt
- raad geven over niet-vermogensrechtelijke zaken en waken over de belangen van de patiënt (art. 1:453, lid 4 BW en art. 1:381, lid 4 BW). Dit houdt in ieder geval in dat de mentor/ curator zich regelmatig op de hoogte stelt van de uitvoering van het zorgplan, de leefomstandigheden van de betrokkene en diens welbevinden
- met (professionele) afstand zorgbeslissingen nemen. Het zwaartepunt van de advies en beslissingsbevoegdheid over de zorg en begeleiding van de patiënt ligt volgens rechtspraak op de eerste plaats bij de zorginstelling en op de tweede plaats bij de wettelijk vertegenwoordiger
- de familie informeren over de zorg aan de patiënt, of hiertoe bereid zijn.



De mentor/curator is aansprakelijk als hij tekortschiet in de zorg van een goed mentor/ curator (art 1:454, lid 2 BW en 1:381, lid 4 BW). Een toerekenbare tekortkoming kan leiden tot de verplichting schade te vergoeden. De mentor/curator die ernstig tekortschiet in de zorg kan ontslagen worden.

De ondercuratelestelling en het mentorschap eindigen automatisch na de dood van een patiënt (art. 1:389, lid 1 BW en art 1:462, lid 1 BW). Dit zorgt soms voor problemen bij het afhandelen van zaken na het overlijden van patiënten die geen naaste familie meer hebben, of daarmee het contact zijn verloren. Dan gaat het bijvoorbeeld om het regelen van de uitvaart. De wettelijk vertegenwoordiger is dan immers niet meer bevoegd om de belangen van de patiënt te behartigen.

Eisen aan wettelijke vertegenwoordigers

Om curator en mentor te kunnen zijn, gelden een aantal formele wettelijke eisen (zie kader). Curatoren die drie of meer cliënten hebben en professionele mentoren moeten verder voldoen aan de kwaliteitseisen uit het Besluit kwaliteitseisen curatoren, beschermingsbewindvoerders en mentoren (Besluit kwaliteitseisen, zie kader). Het Besluit kwaliteitseisen is niet (direct) van toepassing op vrijwillige en familiale mentoren. Wel tekenen vrijwillige mentoren een gedragscode waarin de wettelijke (kwaliteits)eisen zijn verwerkt. De kantonrechter houdt toezicht op de uitvoering van het curator- en mentorschap. Het Landelijk Kwaliteitsbureau CBM

toetst of professionele curatoren, bewindvoerders en mentoren (blijven) voldoen aan de eisen van de wet.

Formele eisen curator en mentor

De mentor (art. 1:452 BW) en curator (art. 1:383 BW) mogen niet:

- zelf onder curatele, mentorschap of beschermingsbewind staan
- tegelijkertijd bewindvoerder zijn van de betrokkene in het kader van de Wet schuldsanering natuurlijke personen (dit geldt alleen voor de curator)
- direct betrokkene of behandelend hulpverlener zijn
- behoren tot de leiding of tot het personeel van de instelling waar de cliënt wordt verzorgd, of de instelling die de cliënt begeleidt
- organisatorisch verbonden zijn aan de zorginstelling.

Besluit kwaliteitseisen

De professionele mentor en curator dienen:

- te beschikken over een verklaring omtrent het gedrag (art. 2)
- een passende opleiding te hebben, minstens op mbo-4 niveau (art. 3)
- bij hun taakvervulling uit te gaan van de levensovertuiging, godsdienstige gezindheid en culturele achtergrond van de cliënt (art. 4)
- waar mogelijk de zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen (art. 4)
- zo veel mogelijk in overleg met de betrokkene een document op te stellen, waarin de verwachtingen over en weer worden beschreven, als ook het doel van de maatregel en op welke wijze bereiken van dit doel nagestreefd wordt (art. 5)
- het document voorafgaand aan de benoeming te overleggen aan de kantonrechter (art. 5)
- een dossier bij te houden (art. 7)
- vervanging te regelen bij afwezigheid en een klachtregeling te hebben (art. 5 en 6).



Schriftelijk gemachtigden en familievertegenwoordigers

Er worden geen wettelijke kwaliteitseisen gesteld aan schriftelijk gemachtigden en familievertegenwoordigers. Ook ontbreekt een vorm van regelmatig toezicht door bijvoorbeeld de rechter. De vraag is of aan deze onbenoemde vertegenwoordigers, die vaak uit emotionele betrokkenheid en plichtsbesef vertegenwoordiger zijn geworden, dezelfde eisen gesteld mogen worden als aan wettelijke vertegenwoordigers. Het zou een (te) hoge drempel kunnen opwerpen voor mantelzorgers die vertegenwoordiger willen zijn. Aan de andere kant gaat het om een vergaande bevoegdheid ten aanzien van een kwetsbare groep.

2.6 Grenzen aan vertegenwoordiging

De vertegenwoordiger behoort zich te gedragen als een goed vertegenwoordiger en de zorgverlener behoort de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen (art. 7:453 BW). Dit laatste betekent het geven van zorg die een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben gegeven. Er wordt van de zorgverlener verwacht dat hij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de geldende professionele standaard. De zorgverlener hoeft zijn verplichtingen tegenover de (wettelijk) vertegenwoordiger niet na te komen als dit 'niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener'. De achtergrond hiervan is gelegen in de vrees voor de situatie waarin de vertegenwoordiger niet het belang van de patiënt voor ogen heeft, maar vooral diens eigen belang.¹⁶ Art. 7:465,

lid 4 BW verschaft de zorgverlener enerzijds de legitimatie om een door een vertegenwoordiger gewilde behandeling niet uit te voeren. Anderzijds mag de zorgverlener met een beroep op het goed hulpverlenerschap een behandeling uitvoeren, ondanks het ontbreken van toestemming van de vertegenwoordiger. Volgens de wetgever moet het hier gaan om uitzonderlijke situaties waarin de vertegenwoordiger kennelijk niet in het belang van de patiënt optreedt.¹⁷ Het gaat in de jurisprudentie dan vaak om situaties waar er een medische indicatie is voor een bepaalde medische ingreep of behandeling, de vertegenwoordiger geen toestemming geeft en het achterwege laten van de ingreep schade of ernstig nadeel kan veroorzaken bij de patiënt.¹⁸



03 knelpunten rond de bevoegdheid van mentoren



In de praktijk en in de juridische literatuur bestaat discussie over de bevoegdheid van de mentor bij wilsbekwame meerderjarigen. Sommigen menen dat beslissingen over de zorg altijd aan de mentor zijn, anderen vinden dat de patiënt zelf mag besluiten zo lang hij wilsbekwaam is. De commissie is van oordeel dat de wet zo moet worden uitgelegd dat een meerderjarige zelf mag beslissen als hij daartoe bekwaam moet worden geacht. Wel moet de mentor hierover geïnformeerd worden.

3.1 Verschillende interpretaties

De discussie spitst zich toe op de bevoegdheden van de mentor als iemand wilsbekwaam is om bepaalde besluiten over zijn behandeling verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding of verblijf te nemen. Volgens de wet moet de mentor bevorderen dat de betrokkene (rechts) handelingen zelf verricht, indien deze tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat kan worden geacht (artikel 1:454, lid 1 BW). Sommige auteurs interpreteren artikel 1:454, lid 1 BW in het licht van het IVRPH zo, dat iemand die onder mentorschap staat zelf beslist over zijn zorg en behandeling als hij wilsbekwaam is, zonder bemoeienis en toestemming van de mentor.^{9,19,20} Andere auteurs zijn van mening dat in zo'n geval de patiënt weliswaar zelf de beslissing kan nemen, maar dat de door rechter benoemde vertegenwoordiger altijd bij besluiten moet worden betrokken. Het mentorschap is immers een beschermingsmaatregel die is ingesteld omdat de betrokkene onvoldoende in staat wordt geacht zijn

persoonlijke belangen te behartigen.²¹ Sommige auteurs gaan nog een stap verder. Zij vinden dat de mentor bepaalt of de gementorde wilsbekwaam is en dat deze alleen zelf mag beslissen als de mentor daarvoor toestemming geeft.²²

De Wzd lijkt aan te sluiten bij deze laatste opvatting in tegenstelling tot de Wvvgz die expliciet vermeldt dat een (wilsbekwame) meerderjarige die onder curatele of mentorschap staat bekwaam is om op grond van deze wet in rechte op te treden (art. 1:3, lid 8). De wettelijk vertegenwoordiger lijkt op grond van art. 3, lid 2 Wzd bevoegd tot vertegenwoordigen ongeacht de wilsbekwaamheid van de betrokkene.

“Een vertegenwoordiger treedt slechts op namens de cliënt voor zover hij een taak heeft als **wettelijk vertegenwoordiger of** voor zover een daartoe **deskundige**, niet zijnde de bij de zorg betrokken arts, overeenkomstig de daarvoor gangbare richtlijnen een **beslissing** heeft genomen die inhoudt dat de cliënt **niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake** van een beslissing die hem betreft. Deze beslissing wordt door de daartoe deskundige niet genomen dan na overleg met de vertegenwoordiger dat op overeenstemming is gericht. Indien geen overeenstemming wordt bereikt, neemt de bij de zorg betrokken arts de beslissing.”

Met wettelijk vertegenwoordiger wordt hier de curator of mentor bedoeld (art. 1, sub e). De bepaling suggereert dat een eenmaal benoemde mentor de beslissingen namens de gementorde neemt zonder dat eerst wordt beoordeeld of deze (zelf) wilsbekwaam ter zake is. De integrale artikelsgewijze toelichting Wet zorg en dwang lijkt dit (enigszins) te nuan-



ceren.^a Diverse auteurs achten artikel 3, lid 2 Wzd in strijd met de vertegenwoordigersregeling in de WGBO, de regeling over mentorschap en het IVRPH, in het bijzonder artikel 12, lid 4 van het verdrag.^{20,23}

3.2 Oordeel van de commissie

De commissie is van oordeel dat de wilsbekwame meerderjarige die onder mentorschap staat geen toestemming nodig heeft van de mentor om zelfstandig te beslissen over zijn medische behandeling. De WGBO kan, evenals de Wzd en de Wvvgz, worden gezien als *lex specialis* ten opzichte van de wetgeving over het mentorschap.^{9,19} In artikel 7:465, lid 2 BW staat dat de arts de behandelovereenkomst moet nakomen tegenover de ouders “indien de patiënt de leeftijd van twaalf jaren heeft bereikt, maar niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, tenzij zodanige patiënt meerderjarig is en onder curatele staat of ten behoeve van hem het mentorschap is ingesteld, in welke gevallen nakoming jegens de curator of de mentor geschiedt.” De meest aannemelijke uitleg van ‘zodanige patiënt’ is dat het hier gaat om de wilsbekwame meerderjarige patiënt en niet om de wilsbekwame patiënt.²⁴ Bovendien gelden de verboden uit artikel 1:453, lid 1 BW over het zelfstandig verrichten van rechtshandelingen door de gementorde ten aanzien van de verzorging, verpleging en behandeling, niet als dit bij wet

of verdrag anders is bepaald (art. 1:453, lid 1 BW). Artikel 12, lid 4 van het IVRPH legt aan staten de positieve verplichting op er alles aan te doen om mensen optimale zeggenschap en regie te laten hebben over hun eigen leven. De verdragsbepaling biedt geen ruimte voor verplichte vertegenwoordiging in gevallen waarin de patiënt wilsbekwaam is. In dat geval is de vertegenwoordiging immers niet proportioneel en toegesneden op de persoonlijke omstandigheden van de patiënt. Omdat Nederland partij is bij het IVRPH moeten de artikelen 1:453, 1:454, 7:465, lid 2 BW en art. 3, lid 2 Wzd worden uitgelegd op een wijze die het best aansluit bij dit verdrag. De commissie vindt wel dat het op de weg van de zorgverlener en de patiënt ligt om de mentor te informeren over de (voorliggende) behandel- of zorgbeslissing, aangezien het gaat om een beschermingsmaatregel.

3.3 Aanbeveling

De commissie is van oordeel dat een meerderjarige patiënt die wilsbekwaam is zelf mag beslissingen over zijn zorg en behandeling, waarbij de mentor geïnformeerd wordt. Zij vindt het wenselijk dat de bestaande wetgeving op deze wijze wordt uitgelegd en dat de wetgever dit in toekomstige wetgeving ook als uitgangspunt neemt.

^a Dit is een ‘informele’ toelichting primair bedoeld als ondersteuning bij de implementatie van de Wzd. De oorspronkelijke Memorie van Toelichting (*kamerstukken* 2008-2009, 31996, nr. 3) sluit na de vele wijzigingen vrijwel niet meer aan bij de tekst van de uiteindelijke wet. Dit geldt ook voor artikel 3 Wzd (zie *kamerstukken* 2008-2009, 31996, nr. 2 en *Stb.* 2018, 36).



04 knelpunten rond de persoon van de vertegenwoordiger



Artsen, vertegenwoordigers en patiënten zien de taak van vertegenwoordigers ruimer dan nu is neergelegd in de wet: hij heeft in de praktijk ook een belangrijke signalerende en informerende taak. Het is mede daarom van belang dat de zorgverlener tijdig, bijvoorbeeld aan het begin van de behandelrelatie, bespreekt wie de patient vertegenwoordigt of wie dat eventueel in de toekomst zal doen bij wilsonbekwaamheid. Omdat er niet altijd iemand uit de familie beschikbaar is, neemt de vraag naar mentorship toe. De commissie adviseert de wetgever om de kring van vertegenwoordigers in de WGBO en andere wetgeving uit te breiden. In de praktijk bestaat behoefte aan meer voorlichting over de diverse typen vertegenwoordiging en hun taken en bevoegdheden. Artsen hebben verschillende strategieën om om te gaan met afwezige of slecht functionerende vertegenwoordigers. Doorgaans zijn ze terughoudend in het aanvragen van een vertegenwoordiger via de kantonrechter. De nieuwe wetten Wzd en Wvvgz verplichten daar wel toe.

Vertegenwoordiger: informant arts, belangenbehartiger patiënt.

Mevrouw van Vliet krijgt twee soorten antipsychotica. Ze wil met haar depotmedicatie stoppen vanwege de bijwerkingen. Haar echtgenoot, en in voorkomende gevallen haar vertegenwoordiger, neemt hierover telefonisch contact op met de behandelend arts van zijn vrouw. Hij heeft het vermoeden dat mevrouw van Vliet op eigen initiatief de doses van haar orale medicatie heeft verlaagd, waardoor ze onder invloed van stemmen in haar hoofd nu ook de depotmedicatie wil stoppen. Als ze (helemaal) stopt met de depotmedicatie zal haar psychose weer opbloeien en is opname onvermijdelijk. Dit is in het verleden al vaker gebeurd. Hierop nodigt de arts mevrouw van Vliet en haar echtgenoot uit voor een gesprek. Tijdens dit gesprek legt mevrouw van Vliet uit dat ze veel bijwerkingen heeft van de orale medicatie en daarom de doses heeft aangepast. Ze heeft nu veel last van stemmen in haar hoofd waardoor ze niet meer helder kan nadenken. Na veel over en weer gepraat verzet mevrouw van Vliet zich niet (langer) meer tegen de voortzetting van de depotmedicatie.

4.1 Ruime taakopvatting

De vertegenwoordiger neemt beslissingen in de geest en in het belang van de patiënt. Hieraan ligt de morele norm van respect voor autonomie ten grondslag. De vertegenwoordiger representeert aan de ene kant de voorkeuren, waarden en levensvisie van de (tijdelijk) niet autonome patiënt. Aan de andere kant beschermt hij de belangen van de patiënt.^{25,26} Dit betekent dat de beslissingen van de vertegenwoordigers niet alleen gericht (kunnen) zijn op het respecteren van de (vroegere) autonomie van de vertegenwoordigde, maar dat ook andere waarden en principes een rol spelen, zoals het waarborgen en beschermen van waardigheid en welbevinden.

Uit de interviews met artsen en de bijeenkomst komt naar voren dat artsen, vertegenwoordigers en patiënten de bevoegdheden en taken van de (familie)vertegenwoordiger veel ruimer zien dan beschreven in de wet. De vertegenwoordiger wordt niet alleen gezien als iemand die (behandel) beslissingen kan nemen voor en namens de patiënt, maar als iemand met een belangrijke signalerende en informerende functie, zoals beschreven in de casus. De vertegenwoordiger bewaakt het welzijn van een patiënt, kaart zorgen aan, formuleert hulpvragen en houdt de hulpverlening scherp. Verder kan de vertegenwoordiger helpen uitleggen wat de klachten van de patiënt zijn, wat behulpzaam is om een goede diagnose te stellen, behandelbeleid te formuleren en de voortgang te evalueren. Alle geïnterviewde artsen vinden het van groot belang dat er iemand is die de belangen van een patiënt behartigt zodra deze dat zelf niet kan. In het



bijzonder wordt daarbij gedacht aan (medische) beslissingen die grote impact kunnen hebben of onomkeerbare gevolgen met zich meebrengen.

4.2 De familievertegenwoordiger

Van oudsher is het de familie die de zorg op zich neemt van meerderjarige verwanten die niet (meer) goed voor zichzelf kunnen zorgen.²⁷ De rol van vertegenwoordiger doet recht aan de morele verbintenis die familie en naasten kunnen ervaren. De loyaliteit, morele plicht, trouw, liefde en betrokkenheid die hieruit kunnen voortvloeien kunnen van belang zijn voor de kwaliteit van de vertegenwoordiging.²⁸

De morele verbintenis van naastbetrokkenen kent echter ook nadelen. Zo kunnen belangen van naasten conflicteren met het belang van de vertegenwoordigde. Familiebelangen mogen niet te veel de boventoon voeren, maar zijn niet altijd te scheiden van individuele belangen. Soms kunnen familievertegenwoordigers er bijvoorbeeld nog niet aan toe zijn om een bepaald besluit te nemen, omdat zij tijd nodig hebben om de situatie te aanvaarden. Ook kunnen de familiegeschiedenis, schuldgevoelens, of andere emoties een rationele beslissing over een behandeling in de weg staan. Tegelijkertijd zal het veelal ook in het belang van de patiënt zijn – diens veronderstelde wens – dat de familie zo min mogelijk lijdt en naar een besluit kan toegroeien.

Patiënten voelen zich niet altijd prettig bij vertegenwoordiging door naasten. Het komt voor dat zij dan aan de arts vragen beslissingen voor hen te nemen als zij wilsonbekwaam worden.²⁹

Daarnaast kunnen familieleden vanuit hun morele verbintenis een zodanig sterke verantwoordelijkheid voelen om goede beslissingen voor de patiënt te nemen dat zij dit als grote emotionele belasting en als stressvol ervaren.³⁰

Veelal wordt er door zorgverleners van uitgegaan dat de contactpersoon of de persoon die meekomt met de patiënt ook de vertegenwoordiger is.¹² Dit is in de praktijk weliswaar vaak het geval, maar niet altijd.

Familie en naasten zijn volgens de geïnterviewden om diverse redenen de aangewezen personen om als vertegenwoordiger op te treden: zij delen een levensgeschiedenis, staan dicht bij de vertegenwoordigde en kennen de waarden en voorkeuren van de betrokkene.

Het merendeel van de geïnterviewde artsen ziet voor zichzelf een zorgtaak weggelegd voor de vertegenwoordiger en familieleden van de patiënt. Ze bewaken dan of de vertegenwoordiger de andere familieleden informeert en of er geen spanningen bestaan. Dit doen zij vanuit de wetenschap dat de rol van vertegenwoordiger zwaar kan zijn en vanuit het belang dat zij hechten aan goede vertegenwoordiging.

4.3 De afwezige vertegenwoordiger

De laatste decennia blijkt dat met het kleiner worden van families, het lossen van familierelaties en het ouder worden van familieleden in het algemeen, in een groeiend aantal gevallen een vertegenwoordiger van buiten de familie wordt benoemd. De behoefte aan maatregelen (vooral mentorschap) neemt hierdoor toe.²⁷ In de praktijk komt het regelmatig



voor dat er geen vertegenwoordiger beschikbaar is omdat niemand de patiënt wil of kan vertegenwoordigen.

Opvallend in dit verband is dat uit de interviews en de bijeenkomst naar voren kwam dat in de psychiatrie de zorgverleners in het algemeen terughoudend zijn in de samenwerking met een vertegenwoordiger. Als patiënten geen vertegenwoordiging willen, dringen behandelaars daar doorgaans niet op aan om de goede behandelrelatie niet onder druk te zetten en/of (blijvend) te schaden. Ook als er sprake is van wisselende of tijdelijke wilsonbekwaamheid betrekken ze vertegenwoordigers niet altijd bij beslissingen, omdat eigen regie en autonomie ook een therapeutisch belang dienen.

4.4 De onbekwame of niet-geaccepteerde vertegenwoordiger

In de praktijk ervaren de geïnterviewde artsen diverse problemen met vertegenwoordigers die niet goed functioneren. De bereikbaarheid van vertegenwoordigers is soms een knelpunt. Dit geldt vooral bij de professionele mentoren. Een ander knelpunt vormen relationele spanningen tussen de (familie)vertegenwoordiger en de (andere) familieleden van de patiënt. Wanneer families het niet eens zijn met wie er als vertegenwoordiger wordt gezien door de patiënt en/of arts of wanneer de vertegenwoordiger gebrouilleerd is met een deel van de familie, is dat lastig voor artsen. Dergelijke spanningen belemmeren de communicatie en leiden er niet zelden toe dat de vertegenwoordiger de andere naasten niet goed informeert.

Bij dergelijke problemen hanteren de geïnterviewde artsen in de praktijk verschillende strategieën. Sommige artsen kiezen ervoor zelf ook andere familieleden op de hoogte te houden, om te voorkomen dat de situatie verder escaleert. Dit omwille van de patiënt en ook vanuit een ervaren zorgplicht voor de andere leden van de familie. De wettelijke en in de jurisprudentie geboden mogelijkheden worden door de geïnterviewde artsen (zeer) weinig gebruikt.

4.5 Aanbevelingen

In het kader van goed hulpverlenerschap is het aan de zorgverlener om in alle gevallen waarin er een reële kans is dat de patiënt wilsonbekwaam wordt met betrekking tot zorg en behandeling, met de patiënt te bespreken wie de vertegenwoordiger is en dit ook op schrift te stellen. De huisarts kan hierin een rol spelen, maar het is voor iedere zorgverlener raadzaam bij de start van een behandelrelatie, ook als dat mogelijk is in acute situaties, na te vragen en aan te tekenen in het dossier door wie de patiënt bij wilsonbekwaamheid wordt vertegenwoordigd, wie de contactpersoon is en wat de onderlinge taakverdeling is (binnen de familie). De commissie beveelt aan dat er binnen de betrokken beroepsgroepen en patiëntenverenigingen meer aandacht komt voor voorlichting over de verschillende typen vertegenwoordigers en hun taken en bevoegdheden. Belangrijk aandachtspunt hierbij is dat de wettelijke taken en verantwoordelijkheden lijken te verschillen met wat er in de praktijk van hen wordt verwacht. Ook beveelt de commissie landelijke (overkoepelende)



beroeps- en patiëntenorganisaties aan om samen minimale kwaliteitseisen en uitgangspunten van goede vertegenwoordiging op te stellen waaraan zorgverleners het handelen van vertegenwoordigers kunnen toetsen als ze twijfelen aan de kwaliteit van de vertegenwoordiging. Omdat de praktijk regelmatig geconfronteerd wordt met situaties waarin er geen vertegenwoordiger is, adviseert de commissie de wetgever om de kring van vertegenwoordigers in de WGBO en andere gezondheidswetten uit te breiden met grootouders en kleinkinderen.

Uitgangspunten goede vertegenwoordiging

Een goede vertegenwoordiger

- Handelt in het beste belang van de patient
- Betrekt de patient zo veel mogelijk bij de uitvoering van zijn taak en laat de patient waar mogelijk zelf beslissen of meebeslissen
- Stelt zich regelmatig op de hoogte van de uitvoering van de behandeling, het zorgplan, de leefomstandigheden van de patient en diens welbevinden
- Informeert (de andere) naaste familie(leden) over de zorg aan de patiënt en betreft ze bij de besluitvorming, tenzij de patient heeft aangegeven dit niet te willen
- Gaat bij taakvervulling uit van de levensovertuiging, godsdienstige gezindheid en culturele achtergrond van de patient
- Bevordert waar mogelijk de zelfredzaamheid van de patient



05 verschillen in visie



In de praktijk blijkt dat goede vertegenwoordiging voor een groot deel afhangt van relationele aspecten, zoals goede communicatie, betrokkenheid, aandacht en de band tussen de vertegenwoordiger en de patiënt. De arts en vertegenwoordiger kunnen echter soms (ernstig) van mening verschillen over wat het beste is voor de patiënt. Het juridische kader biedt onvoldoende oplossing voor de gesignaleerde knelpunten. De commissie adviseert om bij aanvang van de behandelrelatie de wederzijdse verwachtingen en de rechten en plichten van de zorgverlener en de vertegenwoordiger te bespreken en de samenwerking regelmatig te evalueren. Bij verschil van mening tussen de zorgverleners en de vertegenwoordiger is het raadzaam om vroegtijdig de hulp in te schakelen van een onafhankelijk deskundige en/of moreel beraad te houden. Het is aan te bevelen dat zorginstellingen een vertrouwenspersoon aanstellen voor de begeleiding en ondersteuning van vertegenwoordigers.

Vertegenwoordiging vraagt een dialoog

De heer de Boer ligt op de intensive care. Hij is thuis buiten bewustzijn aangetroffen nadat hij een poging tot zelfdoding heeft gedaan. Hij heeft twee jaar geleden botkanker gehad. Hiervoor is hij intensief behandeld en is zijn linker onderbeen geamputeerd. De heer de Boer blijkt voor de zelfdodingspoging hevige botpijn te hebben gehad aan zijn andere been. Hij zou hiervoor naar de huisarts gaan, omdat hij bang was dat de kanker nu in zijn andere been zat. Zijn kinderen zijn unaniem van mening dat het beter is om de behandeling te staken en tegemoet te komen aan de wens van de heer de Boer om te sterven. Het behandelteam is een andere mening toegedaan. De zelfdodingspoging zien zij als wanhoopsdaad. Het is niet zeker dat de kanker terug is en dat nu zijn andere been moet worden geamputeerd. Hierdoor komt de familie lijnrecht tegenover de artsen te staan.

Om die reden vinden in het bijzijn van een onafhankelijk deskundige twee gesprekken plaats tussen enkele leden van het behandelteam en de drie kinderen van de heer de Boer over de verschillende argumenten en waarden die van belang zijn bij het besluit om wel of niet te behandelen en de mogelijke alternatieve handelingsopties. Ook wordt in het eerste gesprek stilgestaan bij de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van het behandelend team en de vertegenwoordiger. Het behandelteam besluit na deze gesprekken, met instemming van de familie, om de heer de Boer te behandelen, zodat hij zelf kan besluiten of hij onderzocht en eventueel behandeld wil worden voor botkanker.

5.1 Voorbeelden van verschillen in visie

Zoals blijkt uit de casus verschillen hulpverleners en vertegenwoordigers in de praktijk soms van inzicht over de te volgen koers. Beslissingen moeten volgens de geïnterviewde artsen genomen worden op basis van wat het meest in het belang is van de patiënt. Daarbij speelt een rol wat bekende en/of veronderstelde wensen van de patiënt zelf zijn, wat zijn medisch belang is en zijn kwaliteit van leven. Uit de interviews en reflectiebijeenkomst komen voorbeelden naar voren van uiteenlopende kwesties waarover in de acute en langdurige zorg zoal meningsverschillen kunnen ontstaan.

Op de intensive care blijkt het vaak te gaan om kwesties rond doorbehandelen, dan wel starten van een behandeling. Bij beslissingen die de dood tot gevolg kunnen hebben dan wel tot een ernstige beperking van de kwaliteit van leven kunnen leiden, is het voor de geïnterviewde artsen van primair belang om goed te weten wat de wens van de patiënt zou zijn geweest. Het komt voor dat familievertegenwoordigers langer willen doorbehandelen dan artsen medisch wenselijk achten. Hierbij spelen dan niet



alleen de veronderstelde wensen van de patiënt een rol, maar ook het feit dat de vertegenwoordigers zijn overvallen door de acute ernst van de situatie; het kost dan tijd om de situatie te accepteren. De geïnterviewde artsen houden hier veelal rekening mee en zijn bereid het stoppen van een behandeling uit te stellen, mits dit het welzijn van de patiënt niet te veel schaadt. Wel zitten aan dergelijke situaties grenzen, bijvoorbeeld als een vertegenwoordiger vanwege geloofsovertuigingen of culturele achtergrond meent dat een arts alles dient te doen om de patiënt in leven te houden, terwijl volgens de arts de medische mogelijkheden zijn uitgeput, of doorgaan met behandelen de patiënt disproportioneel schaadt. Overigens doet ook de omgekeerde situatie zich voor, namelijk dat vertegenwoordigers aangeven te willen stoppen met behandelen, terwijl de arts nog medische mogelijkheden ziet.

In de ouderenzorg, in het bijzonder in verpleeghuizen, is de algemene visie van de geïnterviewden dat kwaliteit van leven boven kwantiteit van leven gaat. Betrokkenen kunnen van mening verschillen wat medisch wenselijk is, wat de wens van de patiënt zou zijn geweest en wat bijdraagt aan diens kwaliteit van leven en/of hoe deze factoren ten opzichte van elkaar moeten worden gewogen. Kwesties kunnen ontstaan rond behandelingen die mogelijk medische gezondheidswinst kunnen opleveren, maar ook kunnen leiden tot ongemak, verslechtering van de kwaliteit van leven en lijden voor de patiënt. Een voorbeeld is het starten van antibiotica en/of het insturen naar een ziekenhuis in de laatste levensfase.

Ook in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking doen zich vergelijkbare kwesties voor rond de keuze om al dan niet te behandelen, bijvoorbeeld bij beslissingen rond het levenseinde, of het reanimatiebeleid. Daarnaast kunnen verschillen van inzicht bestaan rond voorschrijven van anticonceptie of over nut en noodzaak van corrigerende cosmetische ingrepen.

In de geestelijke gezondheidszorg speelt volgens de geïnterviewden mee dat patiënten wisselend wilsbekwaam kunnen zijn. Het komt voor dat vertegenwoordigers niet bij alle beslissingen zijn betrokken, bijvoorbeeld omdat de patiënt zelf beslist als hij wilsbekwaam is en daar de vertegenwoordiger niet bij betreft. Ook wensen patiënten nog weleens wisseling van vertegenwoordiger. Dit kan spanningen opleveren tussen patiënt en vertegenwoordiger. Daarnaast gebeurt het wel dat de vertegenwoordiger de wilsonbekwame wensen van een patiënt blijft steunen terwijl de arts een andere koers voor ogen heeft.

5.2 Vaststellen belang patiënt

De vraag is wie het beste zicht heeft op wat het meest in het belang is van de patiënt in concrete situaties. Het vaststellen hiervan blijkt in de praktijk eenvoudig noch eenduidig. Wat in medisch opzicht het beste is, is niet noodzakelijk ook in overeenstemming met wat de patiënt zou hebben gewild. Het medische belang moet worden gewogen in het licht van wie de patiënt is als persoon. De veronderstelde wil kan worden afgeleid uit iemands levensgeschiedenis en hoe hij door de betrokkenen gekend is.



De vertegenwoordiger levert hier dus een belangrijke bijdrage: hij kent de patiënt al langer of heeft zich verdiept in diens persoonlijke leven. In hoeverre de mentor of curator hier een bijdrage aan kan leveren is afhankelijk van de duur en de intensiteit van de relatie die deze heeft met de patiënt. De arts moet er, op basis van goed hulpverlenerschap, voldoende vertrouwen in hebben dat de vertegenwoordiger de patiënt als persoon kent en zijn rol als vertegenwoordiger goed behartigt. 'Bewijzen' zoals een wilsverklaring of levenstestament die de patiënt heeft opgesteld toen hij nog wilsbekwaam was, kunnen hierbij ondersteunen. Bij twijfel gaan de geïnterviewde artsen soms te rade bij andere naastbetrokkenen en zorgverleners ter verificatie. Ook als er wilsverklaringen zijn, moet gezamenlijk afgewogen worden in hoeverre deze documenten geldend zijn in de acute concrete situatie waarin beslissingen genomen moeten worden.

Hoewel een vertegenwoordiger een behandeling niet kan afdwingen, nemen de geïnterviewde artsen verzoeken doorgaans serieus. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om op zoek te gaan naar het waarom van het verzoek, 'de vraag achter de vraag'. Soms betreft het verzoek een behandeling vanuit alternatieve hoek. Als het geen kwaad kan, gaan de geïnterviewden hier soms in mee.

Als de arts en de vertegenwoordigers van mening blijven verschillen van de te volgen koers dan kan de arts op basis van goed hulpverlenerschap een behandeling (toch) staken als de indicatie daarvoor ontbreekt, of in het belang van de patient toch uitvoeren (zie 2.6).

5.3 Aanbevelingen

In de interviews en de bijeenkomst benadrukten betrokkenen het belang van een goed contact tussen arts en vertegenwoordiger. Dit vraagt tijd en aandacht van de betrokkenen, goed luisteren en in gesprek blijven gaan. Net zoals arts en patiënt, moeten ook arts en vertegenwoordiger een vertrouwensrelatie opbouwen.

De commissie adviseert zorgverleners aan om bij aanvang van de behandelrelatie de wederzijdse verwachtingen en rechten en verplichtingen van de zorgverlener en de vertegenwoordiger rond hun beider verantwoordelijkheden ten opzichte van de patiënt te bespreken en dit bij een lang(er) durende behandelrelatie periodiek te agenderen en te evalueren, bijvoorbeeld tijdens de zorgplanbesprekingen.

Ook adviseert de commissie de beroeps- en patiëntenorganisaties een handreiking op te stellen die kan dienen als uitgangspunt voor een gesprek tussen zorgverleners en vertegenwoordigers over de wederzijdse verwachtingen.

Bij verschillen van inzicht over de te volgen koers is het volgens de commissie belangrijk dat de arts op zoek gaat naar de eventuele achterliggende motieven van de vertegenwoordiger en hierover in gesprek gaat. Het is goed mogelijk dat de vertegenwoordiger tijd nodig heeft om de situatie te begrijpen en te accepteren. Misschien heeft hij hierbij ook extra (emotionele) ondersteuning of meer of andere informatie nodig. De commissie beveelt zorginstellingen aan om een vertrouwenspersoon aan te stellen voor de begeleiding en ondersteuning van vertegenwoordigers.



Bij verschil van inzicht verdient het volgens de commissie de voorkeur waar mogelijk een besluit uit te stellen tot de patiënt weer wilsbekwaam is. Als het besluit niet kan wachten, of (herstel van) wilsbekwaamheid niet mogelijk is, dan beveelt de commissie aan tijdig een onafhankelijke deskundige in te schakelen, zoals een mediator of klachtenfunctionaris en/ of een moreel beraad te houden om te proberen alsnog consensus te bereiken.



literatuur



- ¹ Gezondheidsraad. *Dementie*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatienr. 2002/04.
- ² Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. *Leeftijds grenzen; betere kansen voor kwetsbare jongeren*. Den Haag, 2018; publicatie nr. 18-03.
- ³ Buchanan. *Mental capacity, legal competence and consent to treatment*. Journal of the royal society of medicine 2004; 97: 415-20.
- ⁴ Berg JW. *Constructing Competence: Formulating Standards of Legal Competence to Make Medical Decisions*. Rutgers Law Review 1996; 48(2): 345-96.
- ⁵ Akerboom CPM, Dute JCJ, Gevers JKM e.a. ZonMw. *Thematische Wetsevaluatie Wilsonbekwaamheid en vertgenwoordiging*. Den Haag, 2011; Reeks evaluatie regelgeving: deel 29.
- ⁶ Berghmans RLP. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Bekwaam genoeg? Wils(on)bekwaamheid in geneeskunde, gezondheidsrecht en gezondheidsethiek in: Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek*. Utrecht, 2000.
- ⁷ Hartogh G den. *Do we need a threshold conception of competence?* Medicine, Health Care and Philosophy 2015; 19(1): 71-83.
- ⁸ Baeroe K. *Patient autonomy, assessment of competence and surrogate decision-making: a call for reasonableness in deciding for others*. Bioethics 2010; 24(2): 87-95.
- ⁹ Blankman K, Vermariën K. Vrije universiteit Amsterdam. *Conformiteit van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap en het EVRM met de huidige en voorgestelde wetgeving inzake vertegenwoordiging van wilsonbekwame personen in Nederland*. Amsterdam, 2015.
- ¹⁰ Blankman K. *Meerderjarigenbescherming en onbekwaamheid*. Nederlands Juristenblad 2019/158.
- ¹¹ Blankman K. *Het VN-gehandicaptenverdrag en vertegenwoordiging van wilsonbekwame patiënten en cliënten*. Journaal Ggz en recht 2016; 13(3): 4-10.
- ¹² Dute JC, Gevers JKM. *Wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging*. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2012; 36(5): 380-9.
- ¹³ *Integrale artikelsgewijze toelichting Wet verplichte ggz*. Den Haag: SDU. Vergaderjaar 2010, 32399, nr. 2.
- ¹⁴ Gevers JKM. *De herziening van de Wet op de orgaandonatie: een terugblik*. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2018; (5): 387-400.
- ¹⁵ Blankman K. *Vertegenwoordigers en de nieuwe donorwet*. Journaal Ggz en Recht 2018; (2): 25-7.
- ¹⁶ *Kamerstukken II 1989-1990*, 21561, nr. 3 (MvT).
- ¹⁷ *Kamerstukke II 1991-1992*, 21561, nr. 11, p. 36.
- ¹⁸ CTG 26 juni 2012, *ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2165*.
- ¹⁹ Blankman K, Vermariën K. *Vertegenwoordigingsregelingen voor wilsonbekwamen in het Nederlandse recht in het licht van het VN-Verdrag Handicap en het EVRM*. Handicap & Recht 2016; (1): 16-22.
- ²⁰ Legemaate J. *De wilsbekwame patiënt en zijn mentor of curator*. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2018; (1): 49-54.



- ²¹ Hendriks AC. *Wie beslist over de zorg aan mensen met dementie*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2017; (161): D2150.
- ²² Floris OAM. *Wettelijke vertegenwoordiging bij wilsonbekwame meerderjarigen binnen de gezondheidszorg*. Nederlands juristenblad 2017/2182.
- ²³ Steen S, Frederiks B. *Gedwongen zorg in de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz*. Nederlands Juristenblad 2018; 32: 2395-9.
- ²⁴ *Kamerstukken II* 1990-1991, 21561, nr. 6.
- ²⁵ Brock B. Editor: Press CU. *Deciding for others. The ethics of surrogate decision making*. Cambridge: 2008.
- ²⁶ Berghmans RLP. Thesis Publishers. *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie. Een gezondheidsethische studie*. Amsterdam, 1992.
- ²⁷ Blankman K. *Curatele, bewind, mentorschap en de gewijzigde rol van hulpverleners*. Journaal Ggz en recht 2013; 8(1): 6-9.
- ²⁸ Touwen DP. *Voor een ander*. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2008.
- ²⁹ Wendler D. *The Theory and Practice of Surrogate Decision-Making*. Hastings Cent Rep 2017; 47(1): 29-31.
- ³⁰ Centrum voor Ethiek en Gezondheid. *wanneer samen beslissen niet vanzelf spreekt*. Den Haag, 2014; publicatienr. 2014/2.

Jurisprudentie

- CTG 26 juni 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2165
- CTG 22 januari 2013 ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2608
- CTG 1 oktober 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:110
- CTG 1 oktober 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:114
- CTG 11 maart 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:92
- CTG 12 augustus 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:294
- CTG 12 augustus 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:295
- CTG 20 januari 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:22
- CTG 27 januari 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:38
- CTG 25 november 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:320
- CTG 1 december 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:351
- CTG 14 juli 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:249
- CTG 14 juli 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:250
- CTG 7 januari 2017, ECLI:NL:TGZCTG:328
- CTG 7 januari 2017, ECLI:NL:TGZCTG:331
- CTG 15 augustus 2017, ECLI:NL:TGZCTG:237
- CTG 9 januari 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2
- CTG 17 april 2018, ECLI:NL:TGZCTG:104
- CTG 15 mei 2018, ECLI:NL:TGZCTG:130
- CTG 25 september 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:249
- CTG 27 september 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:253



Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 28 juli 2014, ECLI:NL:
GHARL:2015:6071

Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 21 mei 2015, ECLI:NL:
GHARL:2015:3617

Gerechtshof Amsterdam 28 juli 2015, ECLI:NL:GHAMS:2015:3113

Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 1 september 2015, ECLI:NL:
GHARL:2015:6420

Gerechtshof Amsterdam 22 september 2015, ECLI:NL:GHAMS:2015:3903

Gerechtshof Amsterdam 10 november 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:8535

Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 10 november 2015, ECLI:NL:
GHARL:2015:8535

Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 12 november 2015, ECLI:NL:
GHARL:2015:8559

Gerechtshof Amsterdam 24 november 2015, ECLI:NL:GHAMS:2015:4934

Gerechtshof Amsterdam 29 maart 2016, ECLI:NL:GHAMS:2016:1155

Gerechtshof Amsterdam 26 april 2016, ECLI:NL:GHAMS:2016:1643

Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 21 april 2016, ECLI:NL:
GHARL:2016:3305

Gerechtshof Den Haag 4 mei 2016, ECLI:NL:GHDHA:2016:2538

Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 2 maart 2017, ECLI:NL:
GHARL:2017:1816

Gerechtshof Amsterdam 7 maart 2017, ECLI:NL:GHAMS:2017:726

Gerechtshof Amsterdam 19 december 2017, ECLI:NL:GHAMS:2017:5450

Gerechtshof Amsterdam 5 december 2017, ECLI:NL:GHAMS:2017:5074



Commissie

Samenstelling Commissie Ethiek en recht, advies *Goede vertegenwoordiging*

- prof. dr. M.H.N. Schermer, arts, hoogleraar filosofie van de geneeskunde en de maakbaarheid van de mens, Erasmus MC, Rotterdam, *voorzitter*
- mr. A.C. de Die, advocaat, Verlink & De Die advocaten, Amsterdam, *vicevoorzitter*
- prof. dr. T.A. Boer, bijzonder hoogleraar op de Lindeboom Leerstoel Ethiek van de Zorg, Theologische Universiteit Kampen
- mr. dr. J.H.H.M. Dorscheidt, universitair docent gezondheidsrecht, UMCG en Rijksuniversiteit Groningen
- prof. dr. G.A. den Hartogh, emeritus hoogleraar ethiek, Universiteit van Amsterdam
- prof. mr. A.C. Hendriks, hoogleraar gezondheidsrecht, Universiteit Leiden
- prof. dr. C. Leget, hoogleraar zorgethiek; bijzonder hoogleraar in de ethiek van de palliatieve zorg, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht
- mr. dr. M.C. Ploem, universitair docent gezondheidsrecht, Amsterdam UMC
- mr. drs. J.J. Rijken, advocaat, AKD advocaten & notarissen, Amsterdam
- dr. G.J.M.W. van Thiel, universitair docent medische ethiek, UMC Utrecht
- prof. mr. dr. B.C.A. Toebes, adjunct hoogleraar, Rosalind Franklin Fellow - Internationaal Gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Groningen
- prof. dr. M.C. de Vries, hoogleraar Normatieve aspecten van de geneeskunde, LUMC, Leiden

Waarnemer:

- dr. S.H.M. Litjens, VWS, Den Haag

Secretarissen:

- dr. E.C.A. Asscher, Gezondheidsraad, Den Haag
- mr. dr. R.E. van Hellemond, Gezondheidsraad, Den Haag
- dr. E.G.M. Landweer, Gezondheidsraad, Den Haag (15 mei 2018 tot 15 november 2018)
- drs. L.G. van Venetiën, stagiair, Gezondheidsraad, Den Haag (6 maart 2018 tot 18 november 2018)

De commissie heeft de onderstaande deskundigen geraadpleegd:

- prof. dr. K. Blankman, bijzonder hoogleraar Juridische bescherming van ouderen en meerderjarigen met beperkingen, Vrije Universiteit Amsterdam.
- dr. I.F.F.M. Elzackers, psychiater
- mr. dr. B.J.M. Frederiks, senior onderzoeker, universitair docent, Amsterdam UMC en gezondheidsjurist bij Het centrum voor wilsbekwaamheidsvragen
- N. Heinsbroek, directeur Mentorschap Nederland
- drs. M.C. Niezen, arts voor verstandelijk gehandicapten niet praktiserend, voorzitter van de NVAVG Adviesgroep Ethiek
- drs. H. Valstar, specialist ouderengeneeskunde

Dit advies is mede mogelijk gemaakt door alle geïnterviewde huisartsen en medisch specialisten en deelnemers aan de reflectiebijeenkomst. De commissie wil hen hiervoor bedanken.



De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement 'voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek' (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Waterstaat; Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

U kunt dit document downloaden van www.gezondheidsraad.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Goede vertegenwoordiging. Den Haag: Gezondheidsraad, 2019;
publicatienr. 2019/08.

Auteursrecht voorbehouden

