

De rol van wilsbekwaamheid in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

A. Vellinga, I.M. Hein, C. Blankman, A.J.K. Hondius, S.P.K. Welie

Achtergrond In de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) heeft wilsbekwaamheid een centralere positie gekregen.

Doel De positie van wilsbekwaamheid in de Wvggz beschrijven en reflecteren op de morele vragen die dit oproept.

Methode Bespreking relevante wetteksten en publicaties.

Resultaat Bij wilsonbekwaamheid moet een vertegenwoordiger de beslissingen betreffende de zorg overnemen, vanuit de inschatting hoe patiënt zou willen beslissen indien wilsbekwaam. Nieuw is dat in de Wvggz ook grootouders en kleinkinderen als vertegenwoordiger kunnen optreden. Voorts dient men bij iedere vorm van verplichte zorg, met uitzondering van opname in een accommodatie, de wilsbekwaamheid te beoordelen. Wilsbekwaam verzet dient gehonoreerd te worden, tenzij er sprake is van een levensbedreigende situatie voor de patiënt of van dreigend ernstig nadeel voor een ander.

Conclusie Het is de vraag of in de praktijk deze veranderingen zullen bijdragen aan een van de doelen van de Wvggz, namelijk het behouden en bevorderen van de autonomie van patiënten. Een zorgvuldige wilsbekwaamheidsbeoordeling is complex en blijft van belang.

In de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) speelt wilsbekwaamheid een grotere rol bij het verlenen van verplichte zorg in de psychiatrie dan in de voorgaande wet, de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Onveranderd geldt voor alle vormen van vrijwillige zorg de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), waarin wilsbekwaamheid een voorwaarde is voor *informed consent*. Echter, binnen de Wet Bopz was het gevaar voortkomend uit een psychiatrische stoornis het kantelpunt om tegen de wens van patiënt in te grijpen door middel van dwangopname. Ook binnen de Wvggz blijft het hoofdargument voor het kunnen toepassen van verplichte zorg de combinatie van een psychiatrische stoornis en ernstig nadeel. Maar volgens de Wvggz dient wilsbekwaam verzet in beginsel gehonoreerd te worden. In dit artikel beschouwen wij alleen de betekenis van wilsbekwaamheid in de Wvggz en niet in de Wet zorg en dwang (Wzd).

Wilsbekwaamheid in de Wvggz

In de Wvggz wordt in een aantal artikelen ingegaan op wilsbekwaamheid. De term 'wilsbekwaamheid' als zodanig komt in de wettekst niet voor. De Wvggz gebruikt de volgende formulering: 'Voor zover de zorgverantwoordelijke betrokkene niet in staat acht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van zorg of de uitoefening van rechten en plichten op grond van deze wet' (art. 1:5 lid 1).

Een dergelijke omschrijving wordt in de Wvggz als eerste genoemd in het kader van de vertegenwoordigingsregeling (art. 1:3). Evenals in de WGBO kan voor een wilsonbekwame patiënt een vertegenwoordiger optreden (tabel 1). Nieuw ten opzichte van de Wet Bopz is dat ook een grootouder of kleinkind als vertegenwoordiger kan optreden.

Indien er sprake is van wilsonbekwaamheid en er geen vertegenwoordiger is, doet de zorgaanbieder een verzoek voor mentorschap (art. 1.3 lid 4). De door patiënt gemachtigde vertegenwoordiger dient zelf meerderjarig

AUTEURS

Astrid Vellinga, psychiater, Mentrum, en plv. geneesheer-directeur en senior onderzoeker, Arkin.

Irma M. Hein, kinder- en jeugdpsychiater en senior onderzoeker, Levvel jeugdspecialisten (voorheen de Bascule Jeugd-GGz) en afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam UMC, Amsterdam.

Kees Blankman, bijzonder hoogleraar Juridische bescherming van ouderen en meerderjarigen met een beperking, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Adger J.K. Hondius, psychiater.

Sander P.K. Welie, jurist, psycholoog, filosoof.

Correspondentie

A.Vellinga (astrid.vellinga@mentrum.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-4-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(10):717-722

Tabel 1. Vertegenwoordiging

Wilsonbekwame patiënt	Vertegenwoordiging
patiënt vanaf 18 jaar	in hiërarchische volgorde: 1. curator of mentor (door de rechter benoemd) 2. een door de patiënt gemachtigde 3. de echtgenoot of andere levenspartner 4. een ouder, kind, broer of zus, grootouder of kleinkind
patiënt van 16 of 17 jaar	een door de patiënt gemachtigde indien dit niet kan: ouders/gezagdragers
patiënt jonger dan 16 jaar	ouders/gezagdragers

en handelingsbekwaam te zijn en dient schriftelijk te verklaren als vertegenwoordiger te willen optreden. Vertegenwoordigers moeten de zorg van een goed vertegenwoordiger betrachten en de patiënt zoveel mogelijk bij de besluitvorming betrekken (art. 1.3 lid 7). Als de patiënt een vertegenwoordiger heeft, maar ter zake wilsbekwaam is, beslist de patiënt zelf. Een vertegenwoordiger neemt dus enkel een beslissing namens de patiënt voor zover de patiënt daartoe wilsbekwaam is. Artikel 1:5 behandelt de wilsbekwaamverklaring door de zorgverantwoordelijke. De zorgverantwoordelijke dient vast te leggen op welke datum en tijd hij de wilsbekwaamheid heeft vastgesteld, en voor welke beslissing(en) de patiënt wilsbekwaam was. Hoewel de genoemde wettelijke bepaling het niet expliciet vermeldt, moet dit op gemotiveerde wijze gebeuren, zoals we redelijkerwijs kunnen concluderen op grond van de analogie met de Wet Bopz en de toepasselijkheid van artikel 3:46 e.v. Algemene wet bestuursrecht. Deze beslissing tot wilsbekwaamverklaring kan de zorgverantwoordelijke pas nemen na overleg met de vertegenwoordiger, en hij of zij dient hiervan de geneesheer-directeur op de hoogte te stellen.

In artikel 2:1 lid 6 staat een belangrijk uitgangspunt, namelijk dat de wensen en voorkeuren van betrokkene betreffende verplichte zorg gehonoreerd dienen te worden, tenzij er sprake is van wilsbekwaamheid, of tenzij er acuut levensgevaar voor betrokkene is, dan wel aanzienlijk risico op ernstig nadeel voor een of meer anderen. Dit betekent dat indien er sprake is van wilsbekwaam verzet, dit gehonoreerd dient te worden in alle gevallen dat er alleen nadeel dreigt voor betrokkene zelf en dit nadeel niet acuut levensgevaar betreft. Denk aan situaties van maatschappelijke teloorgang of ernstige verwaarlozing.

Dit wettelijke uitgangspunt geldt voor de gehele procedure van aanvraag, toekenning en uitvoering van zowel de (voortgezette) crisismachtiging, als de zorgmachtiging. Dit uitgangspunt is opgenomen in de Wvvgz, nadat in de thematische wetsevaluatie 'Gedwongen zorg' van ZonMw (Legemaate e.a. 2014) naar voren is gekomen dat men meer betekenis moet toekennen aan wilsbekwaam verzet. Dit is in lijn met artikel 12 van het door Nederland geratificeerde VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap: dit artikel benadrukt gelijkheid voor de wet van mensen met een beperking en mensen zonder een beperking.

Tabel 2. Uitgangspunten wilsbekwaamheid

Uitgangspunt	Uitleg
Vooronderstelling	Iemand is wilsbekwaam tot het tegendeel is aangetoond. Dit impliceert dat mensen met depressie of psychose niet per definitie wilsbekwaam zijn.
Taakspecifiek	Wilsbekwaamheid betreft het vermogen een specifieke beslissing te kunnen nemen. Men kan wilsbekwaam zijn over de ene beslissing en wilsbekwaam over een andere beslissing.
Risicoafhankelijk	Er worden hogere eisen gesteld aan wilsbekwaamheid naarmate er ernstiger consequenties voortvloeien uit de beslissing (Den Hartogh 2016).
Fluctuerend in de tijd	Wilsbekwaamheid kan fluctueren in de tijd. Stel belangrijke beslissingen indien mogelijk uit tot iemand weer wilsbekwaam is.

Artikel 4:1 stelt dat patiënten vanaf 16 jaar die wilsbekwaam zijn, een zelfbindingsverklaring kunnen opstellen. De wilsbekwaamheid dient in dit kader door een onafhankelijke beoordelaar vastgesteld te worden (lid 7). In artikel 8:9 wordt de beslissing van de zorgverantwoordelijke tot het verlenen van verplichte zorg ter uitvoering van een (voortgezette) crisismaatregel of een zorgmachtiging geregeld. Deze beslissing mag de zorgverantwoordelijke alleen nemen na overleg met de patiënt en na beoordeling van diens actuele gezondheidstoestand. Bij zo'n beslissing tot verplichte zorg dient de zorgverantwoordelijke in alle gevallen, met uitzondering van opname in een accommodatie, vast te leggen of de patiënt wilsbekwaam is ter zake, alsmede of er sprake is van acuut levensgevaar voor de patiënt dan wel aanzienlijk risico op ernstig nadeel voor een of meer anderen (art. 8:9 lid 4). De beoordeling en de verslaglegging van wils(on)bekwaamheid gelden als klachtwaardig (vgl. art. 10:3 sub a en f).

Hoe wilsbekwaamheid te beoordelen

In de laatste decennia is er veel wetenschappelijke en ethische discussie geweest over het concept wilsbekwaamheid en hoe hiermee om te gaan in de praktijk. Deze discussie heeft een aantal uitgangspunten opgeleverd (tabel 2; Berghmans 2000; Handreiking 2007; Vellinga 2011). Tevens heeft het een aantal methodes opgeleverd om wilsbekwaamheid betrouwbaarder vast te stellen (tabel 3; Vellinga e.a. 2004; Hein & Hondius 2018).

Morele vragen

Een doel van de Wvvgz is om patiënten zoveel mogelijk in staat te stellen om hun autonomie te behouden of te hervinden. Dit is belangrijk omdat veel patiënten ondanks de groeiende aandacht voor herstel en empowerment nog steeds het gevoel hebben dat ze weinig tot geen rol spelen in besluitvorming over hun behandeling in de psychiatrie (Dahlqvist-Jönsson e.a. 2015). De vraag is of de grotere rol van wilsbekwaamheid in de Wvvgz aan dit doel bijdraagt.

Tabel 3. Checklist voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid (aangepaste en verkorte versie; zie ook: Vinkers e.a. 2014; Hein e.a. 2019)

1. Informeer patiënt

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

Verstrek 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.

2. Overleg voor beoordeling

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.

3. Beoordeel wilsbekwaamheid

Criteria waaraan patiënt in voldoende dient te voldoen (Appelbaum & Grisso 1988):

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

Overweeg inzet beoordelingsinstrument (bijvoorbeeld de MacCAT (Nederlandstalige versie Hein & Hondius 2018)).

4. Bespreek en overleg over de beoordeling

Geef uitleg over de beoordeling en de uitkomst aan patiënt en wettelijk vertegenwoordiger.

Bij wilsbekwaamheid: bespreek de kans op herstel van wilsbekwaamheid.

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

5. Zorg voor dossiervorming

Noteer de indicatie, de beoordeling van de criteria onder punt 3 en het resultaat van de beoordeling van de wilsbekwaamheid.

Leg vast wanneer de wilsbekwaamheid geëvalueerd gaat worden. Dit moet regelmatig gebeuren.

MacCAT: *Mac Arthur competence Assessment Tool*.

Gedacht vanuit autonomie is het logisch dat wilsbekwaamheid een centralere rol heeft gekregen. Wilsbekwaamheid wordt namelijk beschouwd als een scharnierbegrip tussen de waarden autonomie en welzijn (Berghmans 2000). Immers: als iemand wilsbekwaam is, dan accepteren we dat diegene zelf beslissingen neemt over behandelingen, ook als die beslissingen indruisen tegen wat anderen het meest in het belang van de patiënt achten. We handelen dan volgens de waarde 'autonomie'. Als we daarentegen oordelen dat iemand wilsonbekwaam is, ontnemen we iemand zijn beslissingsrecht en moet een ander beslissen hoe het beste kan worden gehandeld in het belang van deze persoon. We handelen dan volgens de waarden 'niet schaden' en 'weldoen'. Binnen de context van de Wvvgz levert de centralere positie van wilsbekwaamheid een aantal nieuwe situaties op. Ten eerste dient men bij iedere vorm van verplichte zorg (behalve bij opname) de wilsbekwaamheid expliciet te beoordelen, ten tweede dient men wilsbekwaam verzet te honoreren en ten derde zal men meer met vertegenwoordigers moeten overleggen als de wilsbekwaamheid vaker expliciet wordt beoordeeld.

Altijd expliciet beoordelen bij verplichte zorg?

Gezien de verstrekende gevolgen van het beoordelen van wilsbekwaamheid, maar ook gezien de problemen die samenhangen met een dergelijke beoordeling (zoals verschil van mening over de normatieve uitgangspunten, mogelijke stigmatisering en inbreuk op de privacy van patiënten, vertrouwensbreuk in de arts-patiëntrelatie), bediscussieerde Welie (2008) eerder al of het wenselijk is altijd een expliciete beoordeling te maken van wilsbekwaamheid. Gebruikelijk is om wilsbekwaamheid te veronderstellen en alleen bij situaties met ernstige gevolgen of bij twijfel aan iemands bekwaamheid een expliciete beoordeling te doen (Winter e.a. 2012). Een wilsbekwaamheidsbeoordeling kan veel bij de betrokkenen oproepen. Er is iets te winnen, maar ook iets te verliezen. Dat eerste is bijvoorbeeld het geval wanneer de zorgverantwoordelijke op grond van een beoordeling die uitmondt in een conclusie van wilsbekwaamheid, afziet van een voorgenomen dwangtoepassing. Het tweede geldt wanneer de beoordeling niets verandert aan het bedoelde voornemen tot dwangtoepassing, maar deze beoordeling de patiënt wel het label 'wilsonbekwaam' oplevert.

Een mogelijk nadeel van impliciet beoordelen is dat we ten onrechte uitgaan van wilsonbekwaamheid bij het verlenen van verplichte zorg. Hierdoor geven we wellicht te weinig ruimte voor autonomie in het geval de patiënt eigenlijk wilsbekwaam is. Een ander mogelijk nadeel van impliciet beoordelen kan zijn dat we ten onrechte uitgaan van wilsbekwaamheid en daarmee de vertegenwoordiging voor patiënt niet goed regelen en zo kansen missen voor goede zorg. Gedacht vanuit de waarde weldoen en het patiëntenrecht is het positief dat de belangen van de patiënt mogelijk beter worden behartigd door een vertegenwoordiger.

De wetgever heeft de balans bij de Wvvgz duidelijk laten doorslaan naar expliciet beoordelen. De tijd zal moeten leren hoe dit in de praktijk uitpakt en dus hoe passend deze keuze is geweest. Het is van belang enerzijds zorgvuldig de wilsbekwaamheid te beoordelen waar dit verplicht is, anderzijds oog te houden voor de negatieve effecten die kunnen optreden, zodat deze de nodige aandacht kunnen krijgen bij de wetsevaluatie.

Wilsbekwaam verzet honoreren?

Het is wellicht moeilijk voor te stellen wat wilsbekwaam verzet in de praktijk betekent; want is er niet altijd sprake van wilsonbekwaamheid, indien zich een situatie voordoet van ernstig nadeel dat voortkomt uit een psychische stoornis? Toch dient men het onderscheid te maken tussen enerzijds de vraag of gedrag wordt bepaald door een psychische aandoening, en anderzijds de vraag of betrokkene in staat is om over een eventuele dergelijke bepaaldheid van dit gedrag te reflecteren (Welie & Widdershoven 2018). Het eerste staat niet noodzakelijk in de weg aan het tweede. Volgens ons zijn er wel degelijk situaties waarbij er sprake kan zijn van wilsbekwaam verzet.

Een voorbeeld: een alleenwonende patiënt met een psychotische stoornis, die geen zorg heeft voor anderen, bevindt zich in een situatie van maatschappelijke teloorgang (vervuild huis). Indien deze patiënt al verscheidene antipsychotica in het verleden heeft gebruikt, kan hij een wilsbekwame keuze uiten als hij begrijpt waarom antipsychotica worden voorgeschreven, maar vanwege eerdere ervaringen tevens kan uitleggen waarom de beoogde effecten van de medicatie voor hem niet opwegen tegen de bijwerkingen ervan. Dit wilsbekwaam verzet dient men volgens de Wvvgz te honoreren, aangezien het onderhavige gevaar niet acuut levensbedreigend is, noch nadeel voor een ander betekent. Het komt erop neer dat bij een keus tussen twee kwaden (te weten: ellendige bijwerkingen versus een vervuild huis) de weloverwogen voorkeuren van de patiënt gerespecteerd worden.

Vanuit de context van de Wet Bopz veronderstellen we nog vaak ten onrechte dat gevaar voortkomend uit een psychiatrische stoornis wilsonbekwaamheid impliceert. Om te begrijpen dat dit niet zo is, is het van belang om meer inzicht te krijgen in de betekenis van het begrip 'wilsbekwaamheid'.

Er is veel onderzoek gedaan naar mensen met psychotische stoornissen, waarbij naar voren komt dat zij meer kans hebben op wilsonbekwaamheid dan mensen met een bipolaire stoornis of een depressie (Okai e.a. 2007). Echter, in hun systematische review stelden Calcedo-Barba e.a. (2020) ook vast dat een aanzienlijke groep (60-70%) van mensen met een psychotische stoornis wilsbekwaam is als het gaat om behandelopties, ook als zij onvrijwillig zijn opgenomen. Uit onderzoek is voorts gebleken dat scholing en ondersteuning van patiënten kan helpen om hun wilsbekwaamheid te verbeteren (Palmer & Jeste 2006; Wang e.a. 2016).

Nog onduidelijk is op welke wijze men verzet als wilsbekwaam kan duiden voor mensen met diagnoses zoals depressie, obsessieve-compulsieve stoornis, anorexia nervosa, verslaving en persoonlijkheidsstoornissen (Ruissen e.a. 2016; Elzackers 2018; Vellinga 2018). In het algemeen geldt ook voor deze groep dat er een risico is op verminderde wilsbekwaamheid, maar dat de meerderheid wilsbekwaam is om te beslissen over behandeling of participatie voor onderzoek.

Bij depressie, anorexia, persoonlijkheidsstoornis en verslaving twijfelen sommige auteurs of de huidige meetinstrumenten geschikt zijn om de wilsbekwaamheid goed vast te stellen (Charland 2002; Meynen 2011; Hindmarch e.a. 2013). Vanwege de samenhang tussen emoties en cognities beargumenteren zij dat met name de waardering en de inhoud van keuzes wellicht meer door de stoornis bepaald worden dan dat we met de huidige meetinstrumenten kunnen vaststellen. Al met al blijkt het niet gemakkelijk wilsbekwaamheid goed te beoordelen, waarmee ook de norm van respect voor wilsbekwaam verzet complex is.

Meer vertegenwoordiging?

Alhoewel de afgelopen jaren de positie van naastbetrokkenen is verbeterd in de zorg van mensen met een psychiatrische aandoening, wordt onze praktijk nog sterk gekenmerkt door de centrale positie van de autonomie van patiënten (Winter e.a. 2012). Bij mensen met verplichte zorg is het vaak een ingewikkeld dilemma om de familie erbij te betrekken als patiënt aangeeft dat hij of zij dat absoluut niet wil. Het is de vraag in hoeverre het patiënt en familie ten goede komt als we hier de waarde autonomie centraal willen stellen door de weigering van patiënt om familie erbij te betrekken te honoreren. De Wvggz benadrukt meer om expliciet bij de wilsbekwaamheidsvraag stil te staan en de vertegenwoordiging in geval van wilsonbekwaamheid goed te regelen, ook als de patiënt dit zelf niet wil.

Mogelijk kan deze verandering in de wet de positie van naasten en de zorg van patiënten verbeteren. Uit onderzoek blijkt dat naasten zich vaak niet betrokken voelen bij de zorg, terwijl zij vaak wel veel kennis hebben over hoe het met een patiënt gaat. Het ontbreekt nog aan een goed professioneel ethisch kader hoe enerzijds recht te doen aan de autonomie van de patiënt en anderzijds de familie te betrekken (Forde e.a. 2016). Vanuit het wettelijk kader lijken de verhoudingen en verantwoordelijkheden tussen patiënt, naasten en behandelaars ééndimensioneel, maar in de praktijk zijn er verstrengelde relaties en staan patiënten en familieleden in verschillende rollen tot elkaar (Stone e.a. 2019). Vanuit het innemen van de verschillende rollen (namelijk die van ouder en vertegenwoordiger) zien ook naasten zich geconfronteerd met morele dilemma's.

Het is vanuit literatuur nog niet duidelijk hoe patiënten het ervaren als bij verplichte zorg vertegenwoordiging een rol gaat spelen. Een voorbeeld: een patiënt met een psychotische stoornis krijgt verplichte zorg in de vorm

van een depotantipsychoticum. Patiënt is tegen deze vorm van behandeling, en is wilsonbekwaam waar het gaat om deze beslissing. Echter, er is wel een goede relatie tussen de hulpverlening en patiënt, waarbij patiënt zich houdt aan de afspraken en zich door de hulpverlening gesteund voelt. Patiënt wil niet meer dat de familie betrokken wordt bij de behandeling. Vanuit eerdere contacten met de familie is bekend dat zij het van belang vindt dat patiënt in zorg is bij het huidige behandelteam. Strikt genomen zou men vanuit een wilsonbekwaamverklaring de vertegenwoordiging dienen te betrekken, maar gezien de negatieve impact op de behandelrelatie die het betrekken van de familie in dit geval heeft, is het de vraag of hierbij de patiënt is geholpen.

Conclusie

In de Wvggz wordt wilsonbekwaamheid in verband gebracht met het regelen van vertegenwoordiging, waarin grootouders en kleinkinderen nu ook een positie hebben. Tevens dient bij iedere vorm van verplichte zorg er een wilsbekwaamheidsbeoordeling plaats te vinden, behalve bij opname in een accommodatie. Wilsbekwaam verzet dient men te honoreren. Dit betekent dat als de patiënt zich wilsbekwaam verzet tegen verplichte zorg, men deze zorg in beginsel niet kan uitvoeren. Verplichte zorg bij wilsbekwaam verzet kan men wel uitvoeren als er sprake is van acuut levensgevaar voor patiënt zelf, of van ernstig nadeel voor een ander.

Het vaststellen van wilsbekwaamheid bij het toepassen van de Wvggz is bedoeld om de autonomie zoveel mogelijk recht te doen, maar ook om hulp bij het beslissen te bevorderen voor patiënten die dit zelf onvoldoende kunnen. Het is echter nog onduidelijk of het regelmatig expliciet beoordelen en het inzetten van vertegenwoordigers zal helpen dit doel te bereiken of dat het misschien ook het tegenovergestelde effect kan hebben. Het blijft van belang de conflicterende waarden af te wegen en zorgvuldigheid te betrachten bij wilsbekwaamheidsbeoordelingen.

LITERATUUR

- Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988; 319: 1635-8.
- Berghmans RLP. Bekwaam genoeg? Wils(on)bekwaamheid in de geneeskunde, gezondheidsrecht en gezondheidsethiek. Preadvies Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek. Utrecht: NVBe; 2000.
- Calcedo-Barba A, Frutoso A, Martinez-Raga J, e.a. A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry* 2020; 20: 339.
- Charland LC. Cynthia's dilemma: consenting to heroin prescription. *Am J Bioeth* 2002; 2: 37-47.
- Dahlqvist-Jönsson P, Schön UK, Rosenberg D, e.a. Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015; 22: 688-97.
- Elzackers I. Anorexia nervosa. In: Hein IM, Hondius A, red. Wilsbekwaamheid in de medische praktijk. Utrecht: De Tijdstroom; 2018.

- Forde R, Norvoll R, Hem MH, e.a. Next of kin's experiences of involvement during involuntary hospitalisation and coercion. *BMC Medical Ethics* 2016; 17: 76.
- Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (voor de hulpverlener). Den Haag: Ministerie van Justitie; 2007.
- Hein IM, Hondius A, red. *Wilsbekwaamheid in de medische praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom; 2018.
- Hein IM, Blankman C, Vellinga A, e.a. Wilsbekwaamheid beoordelen. Artikel voor onderwijs en opleiding. *Ned Tijdschr Geneesk* 2019; 163: D3731.
- Hertogh G den. Do we need a threshold conception of competence? *Med Health Care Philos* 2016; 19: 71-83.
- Hindmarch T, Hotopf M, Owen GS. Depression and decision-making capacity for treatment or research: a systematic review. *BMC Medical Ethics* 2013; 14: 54.
- Meynen G. Depression, possibilities and competence: a phenomenological perspective. *Theor Med Bioeth* 2011; 32: 181-93.
- Okai D, Owen G, McGuire H, e.a. Mental capacity in psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 291-7.
- Palmer BW, Jeste DV. Relationship of individual cognitive abilities to specific components of decisional capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 32: 98-106.
- Ruissen AM, Abma TA, van Balkom AJLM, e.a. Moving perspectives on patient competence: a naturalistic case study in psychiatry. *Health Care Anal* 2016; 24: 71-85.
- Stone M, Kokanovic R, Callard F, e.a. Estranged relations: coercion and care in narratives of supported decision-making in mental healthcare. *Med Humanit* 2019; 46: 62-72.
- Legemaate J, Ploem MC, uit Beijerse J, e.a. Thematische wetsevaluatie Gedwongen zorg. Den Haag: ZonMw; 2014.
- Vellinga A, Smit JH, van Leeuwen E, e.a. Instruments to assess decision-making capacity: an overview. *Int Psychogeriatr* 2004; 16: 397-419.
- Vellinga A. Wilsbekwaamheid in de psychiatrie. In: Denys D, Meynen G, red. *Handboek psychiatrie en filosofie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2011.
- Vellinga A. Psychiatrische stoornissen. In: Hein IM, Hondius A, red. *Wilsbekwaamheid in de medische praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom; 2018.
- Vinkers CH, van de Kraats GB, Biesaart MC, e.a. Is mijn patiënt wilsbekwaam? Volg de leidraad. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014; 158: A7229.
- Wang X, Yu X, Appelbaum PS, e.a. Longitudinal informed consent competency in stable community patients with schizophrenia: A one-week training and one-year follow-up study. *Schizophr Res* 2016; 170: 162-7.
- Welie SPK. *Criteria for assessment of patient competence: a conceptual analysis from the legal, psychological and ethical perspectives* [proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2008.
- Welie SPK, Widdershoven TP. VPH en dwangpsychiatrie: hoe verder? Een aanzet voor een principiële debat. *Tijdschr Gezondheidsrecht* 2018; 42: 6-22.
- Winter HB, Woestenburg NOM, Akerboom CPM. *Wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging*. Een thematische wetsevaluatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012; 156: A5722.

SUMMARY

The role of patient competence in the new Dutch statute concerning involuntary treatment in psychiatry

Background In the new Compulsory Mental Health Care Act (Wvvggz), patient competence has a more central position.

Aim To describe the new position of patient competence in the Wvvggz and to reflect on related moral questions.

Method Discussion of relevant legal texts and publications.

Results In case of incompetency of a patient, a surrogate decision-maker has to attempt what decision the patient would make if he or she were competent. A new element in the Wvvggz is that grandparents and grandchildren can also act as surrogate decision-makers. A competency judgment is mandatory in every decision on involuntary treatment, with the exception of involuntarily commitment. Competent refusal of care has to be respected, unless the patient is in a life threatening situation or there is a risk of other people getting harmed.

Conclusion The question is whether the changed position of patient competence in the new law will contribute to the aim of maintaining and enhancing patients' autonomy. Due care in competency judgments is complex and remains important.