

# Beslissingsbekwaamheid? Met het VN-verdrag Handicap naar een onzekere toekomst

T. Opgenhaffen, G. Dom

- Achtergrond** Beslissingsbekwaamheid, het criterium dat tot op heden gebruikt wordt om te bepalen wie zelfstandig beslissingen mag nemen, staat onder druk van het Verdrag van de Verenigde Naties over de Rechten van Personen met een Handicap.
- Doel** Schetsen van de gangbare visie, de visie van het VN-verdrag en een middenweg. Het formuleren van stappen om de geest van het VN-verdrag vandaag toe te passen.
- Methode** Essay vertrekkende vanuit de meest relevante internationale mensenrechtelijke bronnen binnen de Verenigde Naties en de Raad van Europa, aangevuld met secundaire literatuur over deze bronnen.
- Resultaten** Het VN-verdrag stapt af van het criterium van beslissingsbekwaamheid, dat binnen de Raad van Europa, de klinische praktijk en de wetgeving de sleutel is om te bepalen of een patiënt zelf(standig) beslissingen kan nemen. Daarmee verzet het zich niet enkel tegen vertegenwoordiging, maar ook tegen elke vorm van dwang die direct of indirect wordt toegepast wegens een geestesziekte.
- Conclusie** Een duidelijk alternatief biedt het VN-verdrag niet, waardoor de toekomst onzeker is. Niettemin mogen de belangrijke principes van het VN-verdrag niet worden vergeten; deze kunnen we direct implementeren door ons bewust te zijn van de rol van mensenrechten in de geestelijke gezondheidszorg, de kwaliteit van de besluitvorming centraal te plaatsen, en minder en bewuster gebruik te maken van dwang.

De vraag of patiënten zelf over hun behandeling kunnen beslissen is een hoofdbreker in de geestelijke gezondheidszorg. De uitkomst wordt tot op heden gezocht in het criterium 'beslissingsbekwaamheid' (ook wel wilsbekwaamheid genoemd). Wie een situatie begrijpt en kan inschatten, mag zelf beslissen. Wie dat niet kan, wordt vertegenwoordigd.

In deze bijdrage leggen wij eerst uit hoe deze cognitieve benadering – die volgens het Biogeneeskundeoverdrag en verschillende organen binnen de Raad van Europa te verkiezen is – volgens de Verenigde Naties in strijd is met de rechten van personen met een handicap. Hiermee koppelt men het kunnen beslissen immers aan een 'beslissingsdrempel' die voor veel ggz-gebruikers onhaalbaar is en miskent men daardoor ook de diversiteit onder mensen. Vervolgens reflecteren we over

mogelijke oplossingen om in de praktijk beter aan te sluiten bij de principes van het verdrag van de Verenigde Naties over de Rechten van Personen met een Handicap (hierna: VN-verdrag).

## De beslissingsbekwaamheid als sleutel

Beslissingsbekwaamheid is in de geestelijke gezondheidszorg een centraal concept. Het is de standaard waarmee beoordeeld wordt of (en in welke mate) de patiënt in staat is om zelf de touwtjes van zijn of haar behandeling in handen te nemen. Dat gebeurt op rationele gronden. Traditioneel staan vier cognitief geoperationaliseerde competenties centraal: relevante informatie begrijpen; informatie rationeel verwerken; inzicht verwerven in de eigen situatie; en een keuze uiten (Grisso & Appelbaum, 1995). Wie over deze com-

## AUTEURS

**Tim Opgenhaffen**, docent sociaal recht UHasselt;  
Plaatsvervangend docent instituut voor Sociaal Recht KU  
Leuven.

**Geert Dom**, gewoon hoogleraar, Universiteit van Antwerpen,  
Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute  
(CAPRI).

### Correspondentie

Prof. dr. Geert Dom (geert.dom@gmail.com; geert.dom@  
uantwerpen.be).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd  
op 8-4-2022.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(8):540-544

petities beschikt, moet beslissingen kunnen nemen. Wie deze competenties niet heeft, heeft vertegenwoordiging nodig. Of dat het geval is, kan overigens voor elke situatie en op elk moment anders zijn.

Deze cognitieve benadering is in de meeste (zo niet: alle) westerse landen dominant. Het is ook de dominante visie binnen de Raad van Europa, een internationale organisatie bestaande uit 46 landen uit het geografische Europa die zich toespit op onder meer mensenrechten, en waarvan het Europees Hof voor de Rechten van de Mens het bekendste orgaan is. Zowel verdragen (bijv. art. 6 Biogeneeskundeoverdrag), als aanbevelingen (bijv. Raad van Europa 2004, art. 12), als rechtspraak (bijv. EHRM, *Sýkora tegen Tsjechië*, 2012) van deze organisatie zien de beslissingsbekwaamheid als de sleutel in de vraag wie zelf kan beslissen. En hoewel de toepassing gepaard gaat met vallen en opstaan, wordt beslissingsbekwaamheid ook door de praktijk algemeen als het meest gepaste criterium beschouwd.

Zo wordt het ook in de regelgeving ingeschreven. Zowel de Belgische Wet Patiëntenrechten (art. 8) als de Nederlandse Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (art. 450) plaatst de beslissingsbekwaamheid op de scheidingslijn tussen autonomie en bescherming in de zorg. Deze lijn scheidt zwart van wit – vanuit juridisch oogpunt is iemand hetzij beslissingsbekwaam en neemt de beslissing zelf, hetzij beslissingsonbekwaam en wordt vertegenwoordigd. In de klinische praktijk is de beslissingsbekwaamheid dimensioneler: iemand is meerdere of mindere mate beslissingsbekwaam (Liégeois 2018).

### Een cognitief oordeel is een discriminerend oordeel

Het hiervoor beschreven cognitieve model ligt onder vuur vanuit het VN-verdrag. Dat verdrag stelt dat personen met een handicap het recht om beslissingen te nemen op dezelfde wijze moeten kunnen uitoefenen als personen die geen handicap hebben. Het VN-comité dat toeziet op de uitvoering van het verdrag (UN Committee

on the Rights of Persons with Disabilities 2014) stelt dat ervaren of feitelijke beperkingen in beslissingsbekwaamheid niet gebruikt kunnen worden om iemand het recht om zelf te beslissen te ontnemen (Hoyer e.a. 2022).

De reden hiervoor sluit aan bij dit themanummer: tegengaan van discriminatie en stimuleren van diversiteit en inclusie. Het VN-verdrag gaat immers net als de sociale visie op handicap uit van het principe dat een handicap ontstaat door de interactie met door de samenleving gecreëerde drempels. In tegenstelling tot de medische visie op handicap vloeit een participatieprobleem bij handicap dus niet voort uit de conditie van het individu, maar uit de wijze waarop de samenleving dat individu benadert. Om het met een voorbeeld te duiden: wanneer een rolstoelgebruiker een stationsgebouw niet kan betreden omdat er enkel trappen zijn, dan moeten we de oorzaak daarvan (en de oplossing daarvoor) niet zoeken bij de persoon zelf, maar bij het gebouw. De drempel bevindt zich in de samenleving en kan worden geëffend met bijvoorbeeld een lift.

Het VN-verdrag wil alle drempels effenen zodat personen met een handicap op gelijke voet met anderen deel kunnen uitmaken van de samenleving. En net zoals een trap een drempel is voor personen met een fysieke handicap, is de beslissingsbekwaamheid volgens het VN-comité een 'beslissingsdrempel' voor personen met een psychosociale handicap. Vaker dan anderen beschikken zij immers niet over de genoemde vier competenties, waardoor zij vaker dan anderen niet in staat geacht worden om zelf beslissingen te nemen en anderen voor hen optreden. Hun beslissingsbekwaamheid wordt bovendien al sneller in twijfel getrokken als gevolg van hun diagnose.

Het vereiste van beslissingsbekwaamheid heeft dus een discriminerend effect en verhindert dat personen met een psychosociale handicap op een gelijke manier aan de samenleving kunnen deelnemen (Hoyer e.a. 2022). Dat dit gebeurt omdat bepaalde competenties ontbreken, is voor het VN-comité geen geldige rechtvaardiging.

Dat een persoon niet zelf mag beslissen, is immers niet het gevolg van zijn of haar ontbrekende competenties op zich, maar van het feit dat de samenleving deze competenties oplegt (Hoyer e.a. 2022).

### Een middenweg als uitweg?

Hoewel deze benadering vanuit de rationale van het verdrag te begrijpen valt, hebben sommige auteurs kritiek op de houding van het VN-comité (Dom 2015; Galderisi 2019). Zij erkennen daarbij de beperkingen van het huidige model (bijv. het risico op vooringenomenheid tegenover personen met een psychosociale handicap en het gebrek aan garanties dat hun wensen gerespecteerd worden), maar wijzen er tegelijk op dat het VN-comité geen werkbaar alternatief biedt (Freeman e.a. 2015; Appelbaum 2016). Bovendien wijst Szmukler (2014) ook op de schadelijke gevolgen van de ver doorgedreven aandacht voor autonomie en de geringe aandacht voor bescherming. Eenzelfde bezorgdheid is ook te horen bij bepaalde verdragsstaten, waarvan sommige zelfs verklaard hebben te zullen blijven vasthouden aan de beslissingsbekwaamheid als sleutelconcept. Dat is onder meer het geval voor Nederland (UN 2006).

Pogingen om de voornaamste tekortkomingen van de bestaande benadering op te vangen, zonder de beslissingsbekwaamheid als criterium los te laten, worden door het VN-comité afgewezen. De organen van de Raad van Europa en het VN-comité zitten wat dat betreft niet op dezelfde lijn. Zo stelt de mensenrechtencommissaris van de Raad van Europa dat een oordeel over de beslissingsbekwaamheid nog een plaats kan krijgen voor zover bij het ontbreken van de cognitieve competenties tot gevolg heeft dat een persoon extra ondersteund wordt.

Deze ondersteuning zou er dan op gericht kunnen zijn om de cognitieve standaard alsnog te benaderen, bijvoorbeeld door de informatie beter toegankelijk te maken, de persoon te helpen bij het leggen van cognitieve verbanden of door de beslissing te communiceren (Mensenrechtencommissaris Raad van Europa 2012). Dit verlaagt de drempel om te beslissen niet, maar daagt de persoon uit om deze drempel te bereiken (Dawson 2015). Voor het VN-comité is dat echter onverzoenbaar met het VN-verdrag omdat er steeds personen zullen zijn die deze drempel niet kunnen bereiken.

De bedenkingen van de mensenrechtencommissaris zijn een toonbeeld van de tweespalt die er tussen het VN-comité en de organen van de Raad van Europa is ontstaan over de beslissingsbekwaamheid en de plaats van dwang in de ggz.

### De 'wil en voorkeuren' als nieuwe sleutel

De middenweg gaat dus niet ver genoeg. De enige juiste weg verlaat volgens het VN-comité het pad van de beslissingsbekwaamheid. Als alternatief verwijst het VN-comité naar een model waarbinnen beslissingen gebaseerd op de 'wil en voorkeuren' van de persoon, waarbij personen ondersteund worden om deze wil en

voorkeuren te vormen (UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2014; (Hoyer e.a. 2022).

Een verdere uitwerking geeft het VN-comité helaas niet. Wel is duidelijk dat de 'wil en voorkeuren' in de toekomst de nieuwe sleutel zijn. In de zoektocht naar een uitweg is het echter belangrijk om in te zien dat deze sleutel niet past op hetzelfde slot. De 'beslissingsbekwaamheid' biedt een uitkomst voor de vraag waaraan *een persoon* moet voldoen opdat hij of zij een beslissing kan nemen. De 'wil en voorkeuren' bieden een uitkomst op de vraag waaraan de *beslissing zelf* moet voldoen. Dat beide niet samenvallen, blijkt bijvoorbeeld uit de vandaag reeds bestaande praktijk van voorafgaande wilsverklaringen bij dementie. Een persoon met vergevorderde dementie is niet meer beslissingsbekwaam om op *dat* moment een beslissing te nemen (het oude slot), maar zijn wil kan nog worden gerespecteerd voor zover de voorafgaande wilsverklaring gerespecteerd wordt (het nieuwe slot) (Bach & Kernzer 2010; Opgenhaffen 2020). De nadruk op de kwaliteit van de beslissing eerder dan op de kwaliteiten van de besluitvormer lijkt essentieel in de zoektocht naar een toekomstig antwoord op het probleem dat het VN-comité opwerpt. Niet iedereen is beslissingsbekwaam, maar iedereen heeft volgens het VN-comité wel een 'dieperliggende' wil. Deze wil valt niet altijd samen met een actueel geuite voorkeur. Of dat zo is, hangt niet zozeer af van de competenties van wie deze voorkeuren uit (het oude slot), maar van de verhouding van deze voorkeuren tot de dieperliggende wil (het nieuwe slot). Met andere woorden: elke uiting van een voorkeur – hoe klein en hoe beperkt ook, hoe rationeel of hoe irrationeel ook – heeft een betekenis. Het komt erop aan deze betekenis te vinden. Ondersteuning door anderen is daarbij mogelijk, en kan zelfs de vorm van vertegenwoordiging aannemen, voor zover wat vertegenwoordigd wordt de wil van de persoon zelf is (Szmukler 2019; Opgenhaffen 2020).

De toekomst moet uitwijzen hoe een op de wil gebaseerde benadering te operationaliseren is en wat de wenselijke en onwenselijke gevolgen van zo'n operationalisering zijn. Fundamentele vragen komen daarbij naar boven, niet in het minst de vraag 'wat is de wil van een persoon en hoe kunnen we deze vaststellen zonder personen met een handicap ongelijk te behandelen?'. Het is bovendien onduidelijk in welke mate we met een verschuiving van het vraagstuk van de competenties van de besluitvormer naar de kwaliteit van de beslissing niet in hetzelfde door het VN-comité gehekeld probleem vervallen: net als een oordeel over de competenties van een persoon vooronderstelt een oordeel over de wil immers een beoordeling door anderen. We moeten afwachten of zo'n oordeel geen 'wilsdrempel' creëert voor personen met een handicap (Opgenhaffen 2020).

### Het VN-verdrag nu en in de toekomst

Als de VN-benadering geoperationaliseerd wordt, heeft dat een grote impact op de geestelijke gezondheidszorg zoals we die nu kennen. Het spreekt immers voor zich

dat wanneer eenmaal de dieperliggende wil van een persoon achterhaald is, het irrelevant is of deze wil geuit werd door iemand met of zonder psychiatrische problematiek. Dat betekent niet alleen dat we onze huidige vertegenwoordigingsregelingen moeten aanpassen, maar het houdt ook in dat elke vorm van dwang die direct of indirect gebaseerd is op een psychiatrische problematiek op de schop moet (UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2014).

Het VN-verdrag zou het einde moeten betekenen van de huidige regelgeving over dwangopnames en -behandelingen. In de huidige regelgeving is – overigens in overeenstemming met de richtlijnen van de Raad van Europa – de psychiatrische problematiek in combinatie met gevaar (of behoefte aan zorg) immers juist het aanknopingspunt om de wil van de betrokkene aan de kant te schuiven. Volgens het VN-comité mag men de wil van een persoon met een handicap echter niet anders behandelen, ook al is die wil gevaarlijk.

Of het zo ver komt, moeten we afwachten. Niettemin bevat het VN-verdrag belangwekkende en terechte inzichten over de plaats van beslissingsbekwaamheid en dwang in de huidige ggz. Ondanks de onzekerheden mogen we deze inzichten niet met het badwater wegspoelen; in de klinische praktijk kunnen we nu reeds stappen zetten in de geest van het VN-verdrag. We noemen er drie.

### Bewustwording over mensenrechten

Een eerste stap is een bewustwording over mensenrechten in de ggz. Een aanzet daartoe is de in 2019 door de Wereldgezondheidsorganisatie gepubliceerde *QualityRights training tool*. Dat is een uitgebreide trainingsmodule gericht op het ontwikkelen van een meer op mensenrechten gebaseerde ggz én wetgeving (Funk & Bold 2020). Het is opvallend dat verschillende landen waarin de geestelijke gezondheidszorg traditioneel minder ontwikkeld is (bijv. Ghana, Kenia, Turkije, Estland en Tsjechië), stappen naar implementatie van deze tool hebben gezet, terwijl landen waar de ggz traditioneel sterker ontwikkeld is hier nog weinig mee gedaan hebben (Moro e.a. 2022). In dit verband is het belangrijk te merken dat de Duitse psychiatrievereniging (DGNPP) recent wél de stap heeft gezet om de *QualityRights training tool* te vertalen én aan te bevelen deze te implementeren in de dagelijkse praktijk.

Een voorbeeld in Vlaanderen van hoe mensenrechten in de ggz een plaats krijgt, is de recent ontwikkelde richtlijn over afzondering en fixatie in de ggz. Deze richtlijn volgt de mensenrechtelijke bronnen van de Raad van Europa in de aanbevelingen (Peeters e.a. 2020).

### Nadruk op de kwaliteit van de besluitvorming

Een tweede stap is om niet zozeer te focussen op iemands beslissingscapaciteit, maar vooral te kijken naar wat iemand nodig heeft om tot (betere) beslissingen te komen. Dat is een belangrijk inzicht in de verschuiving van *substituted decision making* (door een

wettelijke vertegenwoordiger) naar *supported decision making*. Deze benadering doet bovendien meer recht aan de grijze zone tussen beslissingsbekwaamheid en beslissingsonbekwaamheid. We bespreken beknopt enkele aspecten aan die hierbij belangrijk kunnen zijn. Een eerste aspect daarbij is dat men bij de inschatting van iemands beslissingsbekwaamheid breder dient te kijken dan enkel naar de cognitieve elementen. Iemands voorkeuren en eigen wil én de congruentie met voorafgaande keuzes in het leven zijn hierbij essentieel. Daarnaast is ook onderzoek naar hulpbronnen die iemand kunnen helpen bij het nemen van beslissingen noodzakelijk. Deze bredere exploratie vraagt evenwel tijd (en personeel), wat soms in acute situaties ontbreekt. De werkgroep die wijzigingen aan de wetgeving voor de dwangopname in België voorbereidde, stelde wat dat betreft bijvoorbeeld voor om te voorzien in de mogelijkheid tot kortdurende (weliswaar gedwongen) observatie, wat op zich de mogelijkheid kan bieden tot zo'n bredere inschatting.

Een tweede aspect daarbij is de meerwaarde die samen beslissen (*shared decision making*) kan bieden. Het bieden van voldoende (en op maat begrijpelijke) informatie én (emotionele) ondersteuning aan de patiënt en alle betrokkenen (familie en vertrouwenspersonen) is essentieel. In lijn hiermee valt ook het bieden van opleiding en handvatten voor samen beslissen voor zowel patiënten, betrokkenen als zorgprofessionals.

Een derde aspect daarbij is het belang van *advance care planning/advice* (ACP/A) (Opgenhaffen e.a. 2022). Hierbij worden afspraken gemaakt met patiënt én naasten over hoe te handelen bij mogelijke toekomstige crisissituaties en periodes waarbij de beslissingsbekwaamheid van de patiënt (tijdelijk) verminderd is. ACP/A wordt meer en meer geïmplementeerd in levenseindeplanning (zo is het in Vlaanderen verplicht dat alle bewoners van rusthuizen een ACP hebben wat betreft levenseindezorg), maar ook in het kader van dementie. Hoewel er in Vlaanderen binnen de ggz initiatieven ontplooid worden, blijft dit beperkt en is het een belangrijk terrein om zowel in de klinische praktijk als vanuit juridische oogpunt verder te ontwikkelen. Dat is ten dele anders in Nederland waar bijvoorbeeld een zelfbindingsverklaring als (een van de vele mogelijke vormen van) voorafgaande zorgplanning in de regelgeving is opgenomen.

### Minder en bewuster gebruik van dwang

Een derde stap is het streven naar een minder en bewuster gebruik van dwang. Het principe dat de autonomie van de patiënt maximaal gerespecteerd moet worden en dat dwang zo veel mogelijk vermeden moet worden, lijkt op de werkvloer in de huidige ggz in België en Nederland algemeen aanvaard. Echter, tussen het principe en de praktijk lijkt een tweespalt te bestaan. Zowel internationaal als nationaal wijzen cijfers op een relatieve toename van gedwongen kaders (Sashidharan & Saraceno 2017).

Hoe deze tendens in de praktijk te keren is een belangrijke uitdaging. Deze uitdaging overstijgt bovendien de wettelijk geregelde vormen van dwang; ook autonomiebeperkingen en vormen van dwang die de voorziening zelf oplegt – bijvoorbeeld in huisregels – moeten kritisch bekeken worden (Opgenhaffen & Notelteirs 2020). Aan de vraag naar de wenselijkheid ervan gaat immers eerst en vooral een bewustwording over hun vrijheidsbeperkende karakter vooraf.

Opvallend is dat wetgevers zich van de afwijzende houding van het VN-verdrag over dwang niet bewust lijken te zijn. Dat bleek bijvoorbeeld bij de totstandkoming van de Nederlandse Wet zorg en dwang en Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Ook in België ligt momenteel een voorstel tot aanpassing van de wetgeving over de gedwongen opname klaar. In dat voorstel geeft men aan conform het VN-verdrag te werken. Ondanks de vele nuttige elementen in dit nieuwe voorstel, lijkt een eenvoudige vermelding van het VN-verdrag onvoldoende om het intrinsieke conflictueuze tussen het VN-verdrag én het principe van gedwongen karakter op te lossen.

### Besluit

De beslissingsbekwaamheid als sleutel in de vraag of een patiënt zelf beslissingen kan nemen, is complex, beladen en conflicterend. Die complexiteit uit zich in individuele casussen, in debatten over autonomie onder professionals en het brede publiek, en in mensenrechtelijke knopen. Hiermee sluit deze thematiek sterk aan met het thema omgaan met diversiteit en mogelijke daaraan gekoppelde discriminatie. Het VN-verdrag, dat beslissingsbekwaamheid als concept resoluut afwijst, maakt deze vraagstukken nog klemmender. De beslissingsbekwaamheid is immers een ‘beslissingsdrempel’ die voor veel ggz-gebruikers onhaalbaar is en bovendien de diversiteit onder mensen miskent.

Dat heeft als gevolg dat het antwoord in belangrijke ethische kwesties – autonomie, zelfbeschikking, risico op discriminatie versus gepaste zorg, gevaar voor individu en maatschappij en mogelijk schuldig verzuim bij het niet verlenen van zorg – in de toekomst nog onzekerder wordt. Dat mag evenwel niet verhinderen om in zowel de dagelijkse praktijk als de wettelijke én ethische omkadering stappen te zetten in de geest van het VN-verdrag.

De vele initiatieven gericht op het verminderen van gedwongen opnames en pogingen tot een betere, patiëntgerichte en collaboratieve behandel- en herstelvisie dragen daartoe bij (Gooding e.a. 2020). Verdere stappen zetten in die richting is een belangrijke opdracht, niet alleen voor de geestelijke gezondheidszorg maar voor alle maatschappelijk betrokken actoren en hulpbronnen.

## LITERATUUR

- Appelbaum P. Protecting the rights of persons with disabilities: an international convention and its problems. *Psychiatr Serv* 2016; 67: 366-8.
- Dawson J. A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD. *Int J Law Psychiatry* 2015; 40: 70-9.
- Dom G. Kent u CRPD? Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 158-60.
- Europees Hof voor de Rechten van de Mens. *Sýkora tegen Tsjechië*. nr. 23419/07. 22 november 2012.
- Freeman MC, Kolappa K, de Almeida JM, e.a. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 844-50.
- Funk M, Bold ND. WHO's QualityRights Initiative: Transforming services and promoting rights in mental health. *Health Hum Rights* 2020; 22: 69-75.
- Galderisi S. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: great opportunities and dangerous interpretations. *World Psychiatry* 2019; 18: 47-8.
- Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatr Scand* 2020; 142: 27-39.
- Grisso T, Appelbaum PS. Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1033-7.
- Hoyer G, Nytingnes O, Rugkasa J, e.a. Impact of introducing capacity-based mental health legislation on the use of community treatment orders in Norway: case registry study. *BJPsych Open* 2022; 8: e22.
- Liègeois A. Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 29-36.
- Mensenrechtencommissaris Raad van Europa. Who gets to decide? Right to legal capacity for persons with intellectual and psychosocial disabilities. Straatsburg: Raad van Europa; 2012. <https://rm.coe.int/who-gets-to-decide-right-to-legal-capacity-for-persons-with-intellectu/16807bb0f9>
- Moro MF, Kola L, Fadahunsi O, e.a. Quality of care and respect of human rights in mental health services in four West African countries: collaboration between the mental health leadership and advocacy programme and the World Health Organization QualityRights initiative. *BJPsych Open* 2022; 8(1): e31.
- Opgenhaffen T, Put J, De Lepeleire J, e.a. Care planning and the lived experience of dementia: establishing real will and preferences beyond mental capacity. In: Vandenbulcke M, Droës MR, Schokkaert E, red. *Dementia and society. An interdisciplinary approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2022. p. 211-32.
- Opgenhaffen T, Notelteirs M. Huisregels in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Orde op zaken gesteld. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht/Revue de Droit de la Santé* 2020; (3): 169-88.
- Opgenhaffen T. *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*. Antwerpen: Intersentia; 2020.
- Peeters T, Vanlinthout E, De Cuyper K, e.a. Multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ - Versie 2. Leuven: Steunpunt WVG; 2020. <https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/v34ea62/files/Multidisciplinaire%20richtlijn%20Afzondering%20en%20Fixatie%20GGZ%20-%20Versie%202.pdf?v9f4w73>
- Raad van Europa. Recommendation no. Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders. Raad van Europa 2004. <https://rm.coe.int/rec-2004-10-em-e/168066c7e1>.
- Sashidharan SP, Saraceno B. Is psychiatry becoming more coercive? *BMJ* 2017; 357: j2904.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.