

This item is the archived peer-reviewed author-version of:

Mogelijkheden van voorafgaande zorgplanning voor dementerende patiënten

Reference:

Lemmens C., Cornelis Cindy, Vandeveld E..- Mogelijkheden van voorafgaande zorgplanning voor dementerende patiënten
Tijdschrift voor geneeskunde / Nederlandstalige medische fakulteiten in België - ISSN 0371-683X - 4(2021-2022), p. 305-324
Full text (Publisher's DOI): <https://doi.org/10.47671/TVG.77.21.200>
To cite this reference: <https://hdl.handle.net/10067/2014830151162165141>

21.200

OVERZICHT

Mogelijkheden van voorafgaande zorgplanning voor dementerende patiënten

C. Lemmens^{1,2,3}, C. Cornelis¹, E. Vandevelde¹

¹ Advocaat-partner Dewallens & partners, Leuven.

² Gastprofessor Universiteit Antwerpen (AHLEC).

³ Correspondentieadres: C. Lemmens, advocaat-partner Dewallens & partners,

Mechelsestraat 107, 3000 Leuven; e-mail: christophe.lemmens@dewallens-partners.be

In een oogopslag

De vergrijzing en het toenemende aantal patiënten getroffen door degeneratieve aandoeningen zorgen ervoor dat voorafgaande zorgplanning aan belang wint. Bijgevolg wordt het gebruik van voorafgaande wilsverklaringen steeds belangrijker.

Samenvatting

In dit artikel worden de mogelijkheden besproken met betrekking tot voorafgaande zorgplanning voor patiënten die lijden aan dementie. In het bijzonder wordt het beperkte toepassingsgebied van de euthanasieverklaring kritisch geanalyseerd. Door de vergrijzing en de toename van het aantal degeneratieve aandoeningen binnen onze samenleving blijft het aantal mensen dat wilsonbekwaam wordt steeds stijgen. Het belang van voorafgaande zorgplanning en voorafgaande wilsverklaringen neemt dan ook toe. Er bestaan heel wat verschillende (voorafgaande) wilsverklaringen, waarvan de euthanasieverklaring een voorbeeld is. Dit artikel zet eerst kort een aantal relevante begrippen uiteen en schetst vervolgens een overzicht van de kenmerken van deze verschillende (voorafgaande) wilsverklaringen.

De focus ligt op de mogelijkheden die deze wilsverklaringen - en in het bijzonder de euthanasieverklaring - bieden aan patiënten met dementie, alsook in welke mate deze mogelijkheden uitgebreid moeten worden. Doordat het toepassingsgebied van de euthanasieverklaring beperkt is, kunnen patiënten met dementie zich er nauwelijks op beroepen. Verschillende stemmen gaan dan ook op voor een uitbreiding van het toepassingsgebied van de euthanasieverklaring.

Abstract

Advance care planning for patients suffering from dementia: what is currently possible in

Belgium?

Due to the growing number of patients suffering from degenerative diseases, the importance of advance care planning is ever increasing. In Belgium, people can rely on a variety of advance directives during the process of advance care planning. One important example can be found in the advance euthanasia directive. However, due to the narrow scope of the latter type of advance directive, the possibilities for patients suffering from dementia are rather limited.

In this article, an overview is provided regarding the different advance directives existing within the Belgian legal landscape and the possibilities they entail for patients with dementia. In particular, the narrow scope of the advance euthanasia directive is discussed and criticised. After having provided the reader with various arguments for and against a broadening of the scope, the authors conclude that broadening the scope of the advance euthanasia directive must be considered.

Inleiding

Voorafgaande zorgplanning en voorafgaande wilsverklaringen vertonen een toenemend belang voor onze samenleving (1-3). Het aantal mensen dat wilsonbekwaam wordt, blijft stijgen door - onder meer - de vergrijzing en de toename van chronische en degeneratieve aandoeningen, zoals dementie (4-7). Voorafgaande zorgplanning ('advance care planning') kan omschreven worden als "een continu proces van overleg tussen zorgverleners, patiënten en hun naasten/vertegenwoordigers over de doelen en de gewenste richting van de (levenseinde)zorg voor de patiënt voor het geval deze wilsonbekwaam zou worden en niet meer zelf zou kunnen beslissen" (8). Voorafgaande zorgplanning heeft als doel het tot stand brengen van een gedeeld beslissingsproces opdat de zorgkeuze zoveel mogelijk overeenstemt met de voorkeuren van de patiënt (9). De last die het nemen van emotioneel moeilijke beslissingen creëert voor de naasten, wordt hierdoor verlicht en conflicten tussen naasten en zorgverleners worden vermeden (10). Het recht op zelfbepaling van de patiënt treedt duidelijk op de voorgrond. Voorafgaande zorgplanning sluit ook aan bij de doelstellingen van de Wet Patiëntenrechten, namelijk het tot stand brengen van een transparante geneeskunde, het vrijwaren van het fysieke en het mentale welzijn van de patiënt en de eerbiediging van diens recht op zelfbepaling (11, 12).

Quote: Het aantal mensen dat wilsonbekwaam wordt, blijft stijgen door - onder meer - de vergrijzing en de toename van chronische en degeneratieve aandoeningen, zoals dementie.

Er is ter zake een mentaliteitswijziging op te merken. Terwijl aanvankelijk de nadruk werd gelegd op het produceren van zoveel mogelijk schriftelijke wilsverklaringen, benadrukt een meer moderne visie het 'proces'-karakter van voorafgaande zorgplanning (13). Toch is het nog steeds belangrijk om de resultaten van dat proces in een schriftelijke vorm te gieten. Een

geschrift biedt immers meer (bewijs)waarborgen om de autonomie van de patiënt te garanderen en kan de aanzet zijn tot verdere communicatie (14, 15). Bovendien speelt een geschrift onmiskenbaar een rol in geval van transfers tussen zorginstellingen zodat ook de nieuwe zorgverleners op de hoogte zouden zijn van de wil van de patiënt. Ondanks de voordelen van een geschrift blijkt dat in de praktijk echter meestal te ontbreken, onverminderd het gegeven dat slechts een klein deel van de bevolking aan voorafgaande zorgplanning doet (16, 17).

Voorafgaande wilsverklaringen creëren ongetwijfeld opportuniteiten om aan voorafgaande zorgplanning te doen. Een voorafgaande wilsverklaring biedt echter geen oplossing voor alle problemen. Integendeel, ze kunnen een bron van nieuwe problemen vormen (18). De federale ombudsdienst 'Rechten van de patiënt' rapporteerde meermaals over het bestaan van onduidelijkheid onder zorgverleners en patiënten over de verschillende soorten voorafgaande wilsverklaringen en de juridische omkadering daarvan (19, 20). Van belang is dat een wilsverklaring geen louter juridisch document is. Het document zal uiteraard belangrijke juridische repercussies meebrengen, maar is voornamelijk bedoeld om het medische besluitvormingsproces te sturen. Dit gebeurt in de eerste plaats in de klinische sfeer.

De focus ligt in deze bijdrage specifiek op dementie. Dementie kan verschillende oorzaken hebben en is geen op zichzelf staande ziekte, maar een verzamelterm voor een combinatie van samenhangende symptomen (22). In een overgrote meerderheid van de gevallen gaat het om dementie veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer of om vasculaire dementie. Patiënten die lijden aan dementie, worden steeds afhankelijker. De deelname aan sociale activiteiten wordt in aanzienlijke mate bemoeilijkt, waardoor familierelaties en vriendschapsbanden

onder druk komen te staan. Belangrijke kenmerken van de aandoening zijn stoornissen in het geheugen, de taal, het denken, het waarnemen, het redeneren en het handelen. Geleidelijk aan raakt de dementerende patiënt zijn voeling kwijt met de realiteit en verliest hij het vermogen om dingen, situaties en personen te herkennen. Vaak is er sprake van persoonlijkheidsveranderingen, slaapstoornissen, vermagering, kauw- en slikmoeilijkheden, angst, achterdochtigheid, neerslachtigheid, boosheid, rusteloosheid of lusteloosheid. Anders dan veel mensen denken, kunnen dementerende patiënten wel degelijk psychische pijn ervaren doordat ze beseffen dat er iets mis is (ziekte-inzicht) (23-25).

Het is essentieel dat de aan dementie lijdende patiënt de mogelijkheid krijgt om zelf beslissingen te nemen zolang hij dit nog kan. Patiënten hebben immers recht op zelfbepaling (26). Indien de patiënt echter wilsonbekwaam is geworden en zijn wensen niet gekend zijn, beslissen de artsen en de familieleden vaak over de behandeling (27). Het recht op zelfbepaling van de patiënt wordt hierdoor onderdrukt (28). Bovendien kunnen de meningen over levenseindebeslissingen verschillen (29). Meer dan eens wordt de familie zelfs niet betrokken bij de besluitvorming en beslist de arts alleen (30). Het kan gaan om gewichtige en onherroepelijke beslissingen, zelfs over levensbeëindiging, d.i. dan zonder verzoek (31). Onderzoek toont aan dat dementerende patiënten in hun laatste levensdagen nog vaak ingrijpende behandelingen ondergaan die gericht zijn op levensverlenging of genezing. Bij patiënten met een schriftelijke wilsverklaring was dit minder het geval dan bij patiënten die geen wilsverklaring hadden (32). Deze gegevens, samen met de geschetste ontwikkelingen, tonen aan dat het belang van 'advance care planning' of voorafgaande zorgplanning voor deze specifieke patiëntenpopulatie niet genoeg onderstreept kan worden (33-42). In deze bijdrage wordt daarom nagegaan welke juridische mogelijkheden een dementerende patiënt

ter beschikking heeft om reeds op voorhand zijn levenseinde te plannen. Daarbij wordt er niet enkel gekeken naar wat juridisch gezien mogelijk is, maar tevens naar wat wenselijk is. Naast het plannen van zijn toekomstige medische zorgen kan een dementerende patiënt nog andere regelingen treffen, bijvoorbeeld over zijn goederen en/of persoon, over het afstaan van zijn organen en/of ander lichaamsmateriaal en over de wijze van lijkbezorging (43-46).

Begrippenkader

Wils(on)bekwaamheid en handelings(on)bekwaamheid

Het begrip 'wilsbekwaamheid' verwijst naar de 'feitelijke bekwaamheid' om iets te doen. De vraag die hier rijst, is of de betrokken persoon iets kan. Dit wordt telkens 'in concreto' beoordeeld. De wilsonbekwaamheid treedt dan desgevallend in ten gevolge van feitelijke omstandigheden (bijvoorbeeld een comateuze toestand na een verkeersongeval) en niet door een juridische regel of een rechterlijke beslissing.

Het begrip 'handelingsbekwaamheid' verwijst daarentegen naar de 'juridische bekwaamheid' om iets te doen. De vraag die hier rijst, is niet of de betrokken persoon iets kan, maar wel of die iets mag doen. Dit wordt 'in abstracto' beoordeeld (47). De vraag naar het feitelijke kunnen (wilsbekwaamheid) wordt hierdoor irrelevant. In feite werkt men met een onweerlegbaar vermoeden van wilsonbekwaamheid ten aanzien van die rechtshandelingen waarvoor de persoon onbekwaam werd verklaard (48).

De handelingsonbekwaamheid houdt in dat de rechtstoestand van de betrokkene een abstracte wijziging ondergaat en dit ten gevolge van een wettelijke bepaling of een rechterlijke beslissing. De beschermde persoon krijgt een onbekwaamheidsstatuut aangemeten dat betrekking heeft op de persoon en/of de goederen. Omdat de betrokkene

zich in een feitelijke toestand van onvermogen bevindt die enige bestendigheid vertoont, acht de wetgever het opleggen van een dergelijk statuut opportuun, waarbij de betrokkene naargelang het geval vertegenwoordigd en/of bijgestaan wordt (49-57).

Het is van belang om te benadrukken dat in het kader van de Wet Patiëntenrechten enkel de feitelijke wilsbekwaamheid van de patiënt vereist is om de patiëntenrechten uit te oefenen. Elke patiënt, ongeacht leeftijd, aandoening, enz., die feitelijk in staat is om een beslissing te nemen, heeft met andere woorden die mogelijkheid.

Een voorafgaande wilsverklaring

Een voorafgaande wilsverklaring kan omschreven worden als een wilsverklaring die wordt afgelegd door een wilsbekwame persoon met de bedoeling om in de toekomst, wanneer hij wilsonbekwaam zal zijn en dus niet langer in staat zal zijn om op een rechtsgeldige wijze zijn wil te uiten, te anticiperen op zijn medische verzorging en deze te plannen (58, 59). De declarant tracht met zijn wilsverklaring de factor 'tijd' uit te schakelen en alsnog een stempel te drukken op de toekomstige besluitvormingsprocedure.

Sommige auteurs pleiten ervoor om de term 'wilsverklaring' te hanteren zonder vermelding van 'voorafgaande' of 'voorafgaandelijk'. Een wilsverklaring is volgens hen per definitie een wilsuiting die voorafgaat aan een toestand van wilsonbekwaamheid (60). Dit is echter niet zo overtuigend. Een wilsverklaring kan namelijk ook een actueel karakter hebben en is dus niet noodzakelijk gericht op een mogelijke latere toestand van wilsonbekwaamheid.

Een wilsverklaring is een rechtshandeling. Dit betekent dat de declarant, naast wilsbekwaam, in principe ook handelingsbekwaam moet zijn om een geldige wilsverklaring tot stand te kunnen brengen (61-63). Zoals gezegd, geldt er echter een belangrijke uitzondering op dit principe in de context van de Wet Patiëntenrechten, waarin enkel de feitelijke wilsbekwaamheid doorslaggevend is. Dit is van belang voor de negatieve wilsverklaring en de aanwijzing van een vertegenwoordiger.

Een negatieve tegenover een positieve voorafgaande wilsverklaring

Een 'negatieve voorafgaande wilsverklaring' of een voorafgaande behandelingsweigering is een wilsverklaring waarin de declarant een of meerdere tussenkomsten - zoals reanimatie en de kunstmatige toediening van voeding en vocht - weigert. De declarant uit zich op een negatieve wijze en vraagt de arts om een passieve houding aan te nemen door de geweigerde tussenkomsten niet uit te voeren of deze te staken.

Een 'positieve voorafgaande wilsverklaring' is een wilsverklaring waarin de declarant een of meerdere tussenkomsten vraagt of daarvoor zijn toestemming verleent in plaats van deze te weigeren. De declarant uit zich op een positieve wijze en vraagt de arts om een actieve houding aan te nemen door de gewilde tussenkomsten uit te voeren of verder te zetten. Voorbeelden van een positieve wilsverklaring zijn de euthanasieverklaring (de declarant verzoekt de arts om zijn leven te beëindigen) en de levenswensverklaring (de declarant verzoekt de arts om er alles aan te doen om hem in leven te houden, zelfs indien dat medisch gezien zinloos zou zijn).

Een voorafgaande wilsverklaring bij leven tegenover een voorafgaande wilsverklaring na overlijden

Een 'voorafgaande wilsverklaring bij leven' is een wilsverklaring die als doel heeft om te worden uitgevoerd op een ogenblik waarop de declarant nog in leven is. Voorbeelden hiervan zijn de hierboven vermelde negatieve wilsverklaring en de euthanasieverklaring.

Een 'voorafgaande wilsverklaring na overlijden' of 'post mortem' is een wilsverklaring die als doel heeft om te worden uitgevoerd op een ogenblik waarop de declarant reeds overleden zal zijn. Deze wilsverklaringen kunnen betrekking hebben op het wegnemen van organen of ander lichaamsmateriaal na het overlijden, de wijze van lijkbezorging en het afstaan van het lichaam aan de wetenschap.

Een actuele tegenover een voorafgaande wilsverklaring

Een 'actuele wilsverklaring' gaat uit van een wilsbekwame patiënt en heeft als doel om meteen of op korte termijn te worden uitgevoerd. Een wilsbekwame patiënt oefent zodoende zelf en ogenblikkelijk zijn rechten uit. De actuele wil van de patiënt primeert dan op een eventuele voorafgaande wilsverklaring die eerder werd opgesteld (64-66).

Een 'voorafgaande wilsverklaring' gaat eveneens uit van een wilsbekwame declarant. Op het ogenblik van de uitvoering van de wilsverklaring is de declarant echter wilsonbekwaam. Een voorafgaande wilsverklaring heeft tot doel om pas later (eventueel) te worden uitgevoerd, op een ogenblik waarop de declarant wilsonbekwaam zal zijn. De arts wordt in deze hypothese geconfronteerd met een wilsonbekwame patiënt die een voorafgaande wilsverklaring heeft nagelaten.

Principes Wet Patiëntenrechten

Recht van de patiënt op informatie

Voor de voorafgaande planning van zorg is het uiteraard van primordiaal belang dat de patiënt tijdig weet aan welke aandoening hij lijdt. De patiënt heeft recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan (67). Zodoende kan de patiënt op een nog wilsbekwaam moment en in samenspraak met de arts de nodige stappen ondernemen. Zonder heldere diagnose is een zorgplanning niet mogelijk (68).

Zonder de consultatie van een arts kan er uiteraard geen diagnose gesteld worden. Een patiënt met dementie zal echter zelden zelf het initiatief nemen om een arts te raadplegen. Meestal zullen de naasten dit doen. Een onderzoek naar het al dan niet dementerend zijn van een persoon zonder dat deze daarvoor zijn voorafgaande en geïnformeerde toestemming heeft gegeven, is strijdig met de patiëntenrechten (69). Een overleg met de patiënt zelf en eventueel diens naasten, daarbij rekening houdend met de specifieke omstandigheden, is daarom noodzakelijk (70). Informatiemededeling aan de naasten van de patiënt kan overigens in principe enkel plaatsvinden indien de patiënt daarmee akkoord gaat. De patiënt heeft immers recht op privacy en de arts is gebonden door het beroepsgeheim (71, 72).

Principe van wilsbekwaamheid en uitoefening patiëntenrechten

Het uitgangspunt in de Wet Patiëntenrechten is dat wilsbekwame patiënten hun patiëntenrechten zelf kunnen uitoefenen (73). Deze regel geldt ook voor diegenen die onder bewind werden geplaatst en/of uitdrukkelijk onbekwaam werden verklaard door de vrederechter tot het uitoefenen van hun patiëntenrechten. De feitelijke capaciteiten van de

patiënt op het ogenblik van de uitoefening van diens rechten of op het moment waarop de beslissing wordt genomen, zijn doorslaggevend. Dit wordt beoordeeld door de arts die de patiënt op dat moment behandelt (74, 75). Het is bijgevolg de feitelijke wilsbekwaamheid van de patiënt die doorslaggevend is voor de uitoefening van de patiëntenrechten en niet langer de handelingsbekwaamheid.

Dat dementie niet automatisch leidt tot de wilsonbekwaamheid van de patiënt, is een belangrijke precisering. Een wilsbekwame patiënt kan immers zelf zijn patiëntenrechten uitoefenen, kan zelf deelnemen aan het proces van zorgplanning en kan schriftelijke wilsverklaringen opstellen. Een wilsonbekwame patiënt kan dat niet. Zijn rechten worden uitgeoefend door een vertegenwoordiger indien en zolang hij wilsonbekwaam is. De vertegenwoordiger beslist met andere woorden voor de patiënt. Het gaat om een belangrijke bevoegdheid aangezien de vertegenwoordiger eveneens het recht van de patiënt op 'informed consent' zal uitoefenen (76). Of de patiënt al dan niet wilsbekwaam is, bepaalt ten slotte ook of hij euthanasie kan vragen (77).

Of een patiënt wilsbekwaam is of niet, is geen alles-of-nietsvraag (78). Vaak zal de patiënt zich in een tussenfase bevinden, waarin hij niet volledig wilsbekwaam, maar ook niet volledig wilsonbekwaam is. Wilsbekwaamheid heeft een taakspecifiek karakter. Dit houdt in dat een patiënt bekwaam kan zijn voor de ene beslissing en tegelijkertijd onbekwaam voor een andere (79, 80). Ten aanzien van een specifieke beslissing gaat het wel om een alles-of-nietskwestie: ofwel is de patiënt wilsbekwaam voor een specifieke beslissing, ofwel niet.

De regel van de wilsbekwaamheid impliceert dan ook dat elke patiënt recht heeft op informatie over zijn gezondheidstoestand en dat patiënten zelf hun geïnformeerde toestemming moeten geven zolang ze wilsbekwaam zijn (81). De patiënt heeft het recht om

op basis van de verworven informatie vrij te beslissen over zijn gezondheidstoestand en al dan niet zelf in te stemmen met de voorgestelde tussenkomst (82).

Door middel van het verstrekken van voldoende, aangepaste en herhaalde informatie moet de arts de patiënt zoveel mogelijk helpen om zelf een beslissing te nemen (83). Ook wilsonbekwame patiënten moeten overigens, in verhouding tot hun begripsvermogen, betrokken worden bij het besluitvormingsproces (84).

De vereiste wilsbekwaamheid zal ten slotte afhankelijk zijn van de aard en de draagwijdte van de beslissing (85). Het gaat immers om een taakspecifieke en contextafhankelijke beoordeling. Opdat de patiënt voldoende wilsbekwaam wordt geacht, moet hij de informatie omtrent de aard, de risico's en de bijwerkingen van een behandeling, alsook de gevolgen van zijn beslissing begrijpen. Voor een complexe beslissing waaraan bijvoorbeeld ernstige risico's zijn verbonden of die ingrijpende en/of onomkeerbare gevolgen heeft, zal de patiënt meer vaardigheden moeten bezitten dan voor een beslissing die minder complex is, zoals een bloedafname. Hoewel men nog steeds hetzelfde beslissingsproces moet doorlopen, gelden er voor een complexe beslissing met andere woorden hogere bekwaamheidsvereisten (86-88). Of een gevolg ernstig is, hangt af van de specifieke situatie waarin de patiënt zich bevindt, d.i. zijn aandoening en de prognose (89).

Een patiënt die lijdt aan dementie, is niet per definitie wilsonbekwaam (90, 91). Het vermogen om rationeel te denken, te abstraheren en te redeneren neemt slechts gradueel af. De arts moet de wilsbekwaamheid van de patiënt 'in concreto' beoordelen (92, 93). Vandaar dat men spreekt over wilsbekwaamheid als een taakspecifiek begrip. Opdat de patiënt zelf zijn recht op fysieke integriteit kan uitoefenen, moet hij in staat zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen 'ter zake'. Het concrete onderwerp en de complexiteit van de situatie die

voorligt, zijn hierbij belangrijk. De patiënt zal uiteindelijk wilsonbekwaam worden, maar het begripsvermogen waarover de patiënt nog beschikt, moet ten volle benut worden (94-96). Het uitgangspunt blijft namelijk dat de patiënt wilsbekwaam is en dat het tegendeel bewezen moet worden (97). Een patiënt met dementie kan in de regel dan ook deelnemen aan het zorgplanningsproces en wilsverklaringen opstellen (98).

Vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid

Wilsonbekwame patiënten genieten dezelfde rechten als wilsbekwame patiënten (99). Een wilsonbekwame patiënt zal echter aangewezen zijn op iemand anders voor de uitoefening van diens patiëntenrechten en het nemen van medische beslissingen, namelijk op een vertegenwoordiger (100). Beide besluitvormingsprocessen worden echter gestuurd door de wil van de patiënt. Hoewel de vertolker van de wil van de patiënt verschilt naargelang de patiënt al dan niet wilsbekwaam is (de patiënt zelf of diens vertegenwoordiger), moet de uiteindelijke beslissing steeds gebaseerd zijn op de wil van de patiënt (101, 102).

Het vertegenwoordigingsmodel van de Wet Patiëntenrechten is gebaseerd op de overweging dat wilsonbekwame patiënten bescherming behoeven (103). De vertegenwoordiger waakt over de fysieke en de psychische integriteit van de patiënt (104). Het systeem houdt in dat een vertegenwoordiger, meestal een dicht familielid, de rechten van de wilsonbekwame patiënt uitoefent indien en zolang deze daar zelf niet toe in staat is. Indien de patiënt wel nog wilsbekwaam is, kan de vertegenwoordiger niet optreden (105). De wilsonbekwaamheid van de patiënt kan tijdelijk, fluctuerend of permanent zijn (106).

De vertegenwoordiger wordt aangewezen overeenkomstig de cascaderегeling opgenomen in artikel 14 van de Wet Patiëntenrechten. Aan de hand van deze ene bepaling kan worden vastgelegd wie de vertegenwoordiger van de patiënt is en wie dus het aanspreekpunt voor de beroepsbeoefenaar zal zijn. Wie de vertegenwoordiger is van de patiënt, berust niet op de vrije keuze van de beroepsbeoefenaar. Dit wordt hiërarchisch vastgelegd in de voormelde wetsbepaling. De hiërarchie houdt in dat een vertegenwoordiger van een lagere trap pas kan optreden indien een vertegenwoordiger van een hogere trap ontbreekt, zelf wilsonbekwaam is of niet wenst op te treden (107). Men kan een persoon bovendien niet verplichten om de taak van vertegenwoordiger op zich te nemen en dienovereenkomstig op te treden (108).

Op grond van de cascaderегeling van de Wet Patiëntenrechten worden de patiëntenrechten in dalende volgorde uitgeoefend door:

1. de wilsbekwame patiënt;
2. de door de patiënt aangewezen persoon of persoonlijk gemachtigde;
3. de bewindvoerder over de persoon;
4. de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of de feitelijk samenwonende partner;
5. een meerderjarig kind;
6. een ouder;
7. een meerderjarige broer of zus;
8. de betrokken beroepsbeoefenaar.

Deze lijst is beperkend. Een persoon die niet in de lijst wordt opgesomd (bijvoorbeeld neef/nicht, kleinzoon/kleindochter of vriend/vriendin), kan niet optreden als vertegenwoordiger, tenzij de patiënt deze persoon vooraf aanduidde als persoonlijk gemachtigde. De gemachtigde kan immers eender wie zijn (109). Dat de Wet Patiëntenrechten zelf een regeling bevat voor het geval de patiënt geen persoon heeft aangeduid, kan alleen maar worden toegejuicht. Een voorafgaande machtiging zal immers in de overgrote meerderheid van de gevallen ontbreken (110). Toch is de regeling vatbaar voor kritiek. Lijstjes of rangregelingen stemmen immers niet altijd overeen met de werkelijkheid (111). De concrete verhoudingen zouden in elke situatie voorrang moeten krijgen op de abstracte verhoudingen waarvan de wet vertrekt. Diegene die de patiënt het best kent, zou diens vertegenwoordiger moeten zijn, niet in het minst omdat de te volgen beslissingsstandaard zich richt naar de wil van de patiënt. Familieleden zijn in dit opzicht in veel gevallen goed geplaatst, maar niet altijd (112).

Een arts die geconfronteerd wordt met een wilsonbekwame patiënt, moet zich eerst de vraag stellen 'wie' de vertegenwoordiger is van de patiënt. De arts moet zich namelijk richten tot deze persoon aangezien de vertegenwoordiger de rechten van de patiënt uitoefent en de beslissingen neemt (113-116). Pas daarna moet de vraag beantwoord worden 'hoe' of op welke wijze de vertegenwoordiger die beslissingen moet nemen. Dit is de vraag naar de toe te passen beslissingsstandaard (117). Deze standaard zal anders zijn naargelang de omstandigheden, maar de wil van de patiënt staat steeds voorop.

Vooraleer de arts zich over deze 2 vragen buigt, moet er een antwoord geformuleerd worden op de vraag welke patiënten wils(on)bekwaam zijn. Gelet op zijn kennis en medische professionaliteit, evenals zijn relatie tot de patiënt, oordeelt de behandelende arts geval per

geval en 'in concreto' of een patiënt wilsbekwaam is (118). Dit is echter geen evidente opdracht. De beoordeling van wilsbekwaamheid wordt gekenmerkt door onzekerheid en inconsistentie (119).

Beoordelen of een patiënt met dementie wilsbekwaam is of niet, is nog minder evident. Artsen zijn het vaak niet eens over die beoordeling (120). Het gaat dan ook om een zeer complex gegeven. Zo kan de bekwaamheid van de patiënt vanwege een veranderende lichamelijke en geestelijke toestand verschillen van onderwerp tot onderwerp en van tijd tot tijd. Bovendien spelen fysiologische (bijvoorbeeld nachtrust) en situationele factoren (vertrouwde tegenover niet-vertrouwde omgeving) een rol (121, 122). In het algemeen kan men zich laten leiden door de uitingen van de patiënt, zijn gedrag en zijn emotionele reacties. Meer specifiek kan men rekening houden met de mogelijkheid tot (verbale en non-verbale) communicatie, het herkennen van familieleden en de aanwezigheid van ziekte-inzicht. De vertegenwoordiger en de naasten van de patiënt kunnen eveneens een rol spelen (123, 124).

Soorten voorafgaande wilsverklaringen

De patiënt kan aan voorafgaande zorgplanning doen door middel van verschillende wilsverklaringen. In wat volgt, worden de machtigings-, de negatieve wils-, de positieve wils- en de euthanasieverklaring besproken.

De machtigingsverklaring

De patiënt kan op voorhand een persoon machtigen om op te treden als zijn vertegenwoordiger wanneer hij zelf wilsbekwaam zal zijn. Deze beslissing moet gerespecteerd worden. De persoonlijk gemachtigde vertegenwoordiger is trouwens de eerste

in rang in geval van wilsonbekwaamheid van de patiënt (cf. de cascaderегeling). De vertegenwoordiger oefent de rechten van de patiënt uit indien en zolang de patiënt wilsonbekwaam is (125).

De aanwijzing van de vertegenwoordiger moet gebeuren via een gedagtekend en door zowel de patiënt als de vertegenwoordiger ondertekend geschrift. De FOD Volksgezondheid heeft hiervoor een model ter beschikking gesteld. Deze aanwijzing van een vertegenwoordiger kan ook plaatsvinden via een zogenaamde zorgvolmacht, maar dit is niet noodzakelijk. Zowel de patiënt als de vertegenwoordiger kan het mandaat intrekken via een gedagtekend en ondertekend geschrift (126, 127).

De machtiging van een vertegenwoordiger kenmerkt zich door soepelheid. Het is een wilsverklaring die een algemene bevoegdheid toekent aan de aangewezen persoon, die dan in alle mogelijke situaties en rekening houdend met alle concrete omstandigheden beslissingen kan nemen. De machtiging van een vertegenwoordiger, zonder meer, biedt echter geen enkel aanknopingspunt wat betreft de wil van de patiënt, waardoor de taak van de vertegenwoordiger er niet makkelijker op wordt. Anderzijds kan de declarant niet alles voorzien in negatieve en positieve wilsverklaringen. Bovendien schort er vaak iets aan de gebruikte formuleringen, die te vaag of te specifiek kunnen zijn. Daarom geeft men steeds de raad om gebruik te maken van gecombineerde wilsverklaringen en om dus, naast het uitvaardigen van negatieve en/of positieve richtlijnen, tevens een vertegenwoordiger te machtigen. De nadelen verbonden aan elke soort wilsverklaring worden op die manier tot op zekere hoogte verholpen (128-130).

De vertegenwoordiger moet zich gedragen als een goede vertegenwoordiger. Dit betekent onder meer dat hij moet handelen overeenkomstig de eerder geuite opvattingen van de patiënt (131). Zelfs als er geen wilsverklaring is, kan aangenomen worden dat de vertegenwoordiger wel op de hoogte is van de waarden van de patiënt. Toch kan men er niet aan ontkomen dat een beslissing van een vertegenwoordiger steeds min of meer gekleurd is volgens hetgeen hij in die situatie zou willen of dat er soms sprake is van eigenbelang (132).

Wanneer de naasten het niet eens zijn met de inhoud van de wilsverklaring, kan er een moeilijke situatie ontstaan. De arts doet er dan goed aan om van meet af aan duidelijk te stellen dat hij waarde hecht aan de opvattingen van de naasten, maar dat de wil van de patiënt toch voorgaat (133). Vaak bestaat er onder de naasten discussie over de verzorging van de demente patiënt. In zo'n geval kan de conflictregeling van de Wet Patiëntenrechten worden ingeroepen en is de arts gerechtigd om de beslissingen te nemen in afwachting van een oplossing voor het ontstane geschil (134). De praktijk wijst uit dat de arts dat ook daadwerkelijk doet. Onder normale omstandigheden worden de beslissingen eveneens genomen door de arts omdat hij vindt dat hij het best geplaatst is om de verzorgingsbehoeften van de patiënt in te schatten. Het cascadesysteem van de Wet Patiëntenrechten wordt in principe wel gevolgd, maar dan enkel 'pro forma' om zich in te dekken (135).

De negatieve wilsverklaring

De Wet Patiëntenrechten heeft de negatieve wilsverklaring slechts summier geregeld. Artikel 8, § 4, lid 4 van de Wet Patiëntenrechten luidt als volgt: “Indien de patiënt, toen hij nog in staat was de rechten zoals vastgelegd in deze wet uit te oefenen, schriftelijk te kennen heeft gegeven zijn toestemming tot een welomschreven tussenkomst van de beroepsbeoefenaar te weigeren, dient deze weigering te worden geëerbiedigd zolang de patiënt ze niet herroept op een moment dat hij in staat is om zijn rechten zelf uit te oefenen”. De wet schrijft voor dat een negatieve wilsverklaring bindende kracht toekomt, zonder veel meer. Dit betekent dat de arts de plicht heeft om de wilsverklaring te respecteren en dat deze ook afdwingbaar is, d.w.z. dat men naar de rechter kan stappen om ze effectief gerespecteerd te zien. In de context van dementie is men het er quasi unaniem over eens dat een negatieve wilsverklaring gevolgd moet worden, zelfs al is de patiënt ‘plezant dement’ en geniet hij nog ogenschijnlijk van zijn leven (136-140).

De declarant van een negatieve wilsverklaring hoeft enkel wilsbekwaam te zijn. Dit blijkt ook uit de tekst van artikel 8, § 4, lid 4 van de Wet Patiëntenrechten, zoals hierboven geciteerd, waaruit blijkt dat de wilsverklaring opgesteld moet zijn door de patiënt “toen hij nog in staat was de rechten zoals vastgelegd in deze wet uit te oefenen”.

De negatieve wilsverklaring heeft pas uitwerking op het moment dat de declarant wilsonbekwaam wordt. Voordien geldt diens actuele wil en niet de voorafgaande wilsverklaring. Op elk moment kan de wilsverklaring gewijzigd of ingetrokken worden. Het toepassingsgebied van de negatieve wilsverklaring wordt geenszins beperkt tot een of meerdere aandoeningen, zoals dat bij euthanasie wel het geval is. De enige voorwaarde is die van de wilsonbekwaamheid van de declarant.

De wilsverklaring moet daarnaast volgens de parlementaire stukken van de Wet Patiëntenrechten ook worden opgesteld door de declarant zelf. Bij twijfel hierover gaat het niet over 'zijn' weigering (141). Gecombineerd met de eis van het geschrift betekent dit volgens de parlementaire stukken dat de wilsverklaring eigenhandig geschreven moet zijn en dat men geen rekening hoeft te houden met een model- of een standaardformulier (142-149). Dit wordt beschouwd als een waarborg voor de bescherming van de declarant tegen druk van buitenaf (150). De declarant kan bij het schrijven van zijn wilsverklaring wel een beroep doen op modelformulieren (151). Niet iedereen heeft immers dezelfde talenten, terwijl iedereen moet kunnen rekenen op dezelfde rechtsbescherming (152). Naar analogie met het eigenhandige testament moet de wilsverklaring volgens sommigen zelfs geheel met de hand van de declarant worden geschreven (153). Deze meningen kunnen niet worden gedeeld. Een getypte wilsverklaring is eveneens perfect geldig (154-160). De wilsverklaring voldoet dan volgens de hedendaagse normen nog steeds aan de eis van het eigenhandige geschrift. Bovendien legt artikel 8, § 4, lid 4 van de Wet Patiëntenrechten nergens de vereiste op van een eigenhandig geschrift. Het zou al te gek zijn mocht de patiënt bijvoorbeeld een modelformulier dat invulbaar is helemaal met de eigen hand moeten overschrijven. Ook een wilsverklaring opgesteld door iemand anders (bijvoorbeeld vanwege de kwaliteiten die deze opstellende persoon bezit, zoals een advocaat of een notaris) en ondertekend door de patiënt moet ten slotte als geldig worden beschouwd. Door het plaatsen van zijn handtekening maakt de betrokkene zich immers de inhoud van de wilsverklaring eigen. Ook hier zou het al te gek zijn mocht de patiënt dat document zelf moeten overschrijven of -typen.

De wet vereist in beginsel een geschrift voor de wilsverklaring, maar dit wil niet zeggen dat wilsverklaringen in de niet-schriftelijke vorm (bijvoorbeeld mondeling of via een video- of een audiofragment) geen enkele betekenis zouden hebben. Ook dergelijke wilsverklaringen zijn een uiting van het recht op fysieke integriteit van de patiënt en zijn wel degelijk geldig (161, 162). Voor zover de arts niet op de hoogte is van deze niet-schriftelijke wilsverklaringen, zal het aan de vertegenwoordiger van de patiënt zijn om de arts in te lichten over het bestaan ervan en om deze, indien dat nog nodig zou zijn, plausibel te maken (163). Zo bepaalt de Wet Patiëntenrechten dat de arts afwijkt van de beslissing van de vertegenwoordiger wanneer dat in het belang is van de patiënt teneinde een bedreiging van diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid af te wenden. Er is slechts 1 uitzondering. De beslissing van de door de patiënt zelf benoemde vertegenwoordiger prevaleert boven de beslissing van de arts indien de eerstgenoemde zich kan beroepen op de 'wil' van de patiënt (164). Het gaat om een ruim geformuleerde bepaling, waardoor ook niet-schriftelijke wilsverklaringen de wil van de patiënt kunnen reconstrueren. Waarom overigens enkel een door de patiënt benoemde vertegenwoordiger zich op deze uitzonderingsgrond kan beroepen, is helemaal niet duidelijk. De wetgever ging ervan uit dat een zelf benoemde vertegenwoordiger beter op de hoogte is van de wil van de patiënt. Ook een niet door de patiënt benoemde vertegenwoordiger kan evenwel perfect op de hoogte zijn van diens wil, zeker wanneer het gaat om bijvoorbeeld een videofragment. Bovendien zal een machtigingsverklaring meestal ontbreken. Wanneer het gaat om mondelinge verklaringen die de patiënt gedaan heeft aan de arts gedurende gesprekken in het kader van een proces van zorgplanning, zullen er doorgaans geen problemen ontstaan met niet-schriftelijke wilsverklaringen. De arts is ervan op de hoogte en zijn plicht om op te treden als een goede hulpverlener maakt dat hij wilsverklaringen moet volgen. Ze zouden in elk geval genoteerd moeten zijn in het patiëntendossier. Onderzoek

heeft overigens uitgewezen dat men slechts zelden kiest voor een schriftelijke weerslag van zorgplanningsprocessen. Een schriftelijke negatieve wilsverklaring moet ten slotte altijd gerespecteerd worden, ongeacht of de vertegenwoordiger die zich erop beroept door de patiënt zelf werd aangeduid of niet (165, 166).

Een negatieve wilsverklaring is niet onderhevig aan een maximumgeldigheidsduur, hoewel het raadzaam is om deze op regelmatige ogenblikken te herbevestigen en te herbekijken telkens wanneer er daartoe aanleiding bestaat, bijvoorbeeld in geval van nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de declarant (167, 168). Zoals voor alle wilsverklaringen wordt het tot de verantwoordelijkheid van de declarant gerekend om de negatieve wilsverklaring bekend te maken (169). Deze verantwoordelijkheid is gewichtig. Een wilsverklaring die niet bekend is, kan uiteraard niet worden uitgevoerd (170, 171). De declarant kan daartoe verschillende publicitaire stappen ondernemen, bijvoorbeeld de wilsverklaring bij zich dragen en een exemplaar overhandigen aan de persoonlijk gemachtigde en aan andere naasten (172, 173). Het ontbreken van een centraal registratiesysteem voor de negatieve wilsverklaring is spijtig te noemen (174).

Ook op de arts rusten enkele plichten. Zo moet deze bijstand verlenen bij de opmaak en de bewaring van wilsverklaringen (175). De arts die weet heeft van wilsverklaringen, moet ze toevoegen aan het patiëntendossier (176). Bovendien heeft de declarant het recht om zijn wilsverklaring hieraan te laten toevoegen (177). De arts is verplicht om in te gaan op dat verzoek (178, 179). Verder is de arts volgens sommigen niet verplicht om actief op zoek te gaan naar een wilsverklaring (180). Toch rust er op een zorgvuldig handelende arts een redelijke onderzoeksplicht omdat men nu eenmaal bepaalde beslissingsstandaarden moet volgen bij het nemen van beslissingen voor wilsonbekwame patiënten. Zo zal de arts het

patiëntendossier, de vertegenwoordiger van de patiënt en andere naasten moeten consulteren over de wil van de patiënt (181, 182). Het voeren van een proces van voorafgaande zorgplanning met de arts en met de naasten maakt het publiciteitsprobleem uiteraard grotendeels onbestaande. Ten slotte kan de declarant op elk ogenblik zijn wilsverklaring wijzigen of intrekken (183).

Een negatieve wilsverklaring heeft, zoals gezegd, een bindend karakter. Een voorafgaande weigering brengt in principe hetzelfde rechtsgevolg teweeg als een actuele weigering (184). Dit betekent dat de arts niet gerechtigd is om te handelen en dat hij verplicht is om de negatieve wilsverklaring te eerbiedigen, ook al zou de patiënt ten gevolge daarvan kunnen overlijden (185-198). Bovendien is de wilsverklaring ook juridisch afdwingbaar. Dat de declarant intussen wilsonbekwaam is geworden en daardoor niet meer kan terugkomen op zijn weigering, doet geen afbreuk aan de geldigheid en het bindende karakter van zijn eerdere wilsverklaring (199-202). Integendeel zelfs, het past dan om de laatst geldige wilsuiting van de patiënt voor zijn wil aan te nemen.

Opdat de wilsverklaring bindend is, moet ze uiteraard geldig zijn opgesteld. Een wilsverklaring die niet geldig is, is niet bindend (203). Dit betekent echter niet dat de arts dan zomaar mag overgaan tot een behandeling. Daarvoor heeft hij de toestemming van de vertegenwoordiger nodig (204). Uiteraard moet de wilsverklaring ook van toepassing zijn op de concrete situatie die voorligt.

De positieve wilsverklaring

Positieve wilsverklaringen zijn wilsverklaringen waarin de declarant de arts verzoekt om iets te doen. Ze bevatten wensen/verzoeken of een toestemming tot een bepaalde behandeling. Zo kan iemand euthanasie vragen wanneer er voldaan is aan bepaalde (wettelijke) voorwaarden. Men kan tevens een bepaalde behandeling vragen of de verderzetting daarvan (d.i. specifiek, bijvoorbeeld de kunstmatige toediening van voeding en/of vocht). Meer in het algemeen kan iemand de wens hebben om, koste wat kost, zo lang mogelijk in leven gehouden te worden, d.i. de zgn. levenswens- of levenswilverklaring.

Wanneer men spreekt over voorafgaande wilsverklaringen, denkt men meestal aan de negatieve wilsverklaring of de voorafgaande behandelingsweigering. Niets belet een persoon echter om ook behandelingen te vragen in een wilsverklaring (205). Voor positieve wilsverklaringen bestaat er, in tegenstelling tot voor de negatieve, geen algemeen wettelijk kader. Mutatis mutandis en in het algemeen kan er wel verwezen worden naar hetgeen hierboven gezegd werd over de negatieve wilsverklaring wat betreft het opstellen ervan en in het bijzonder wat betreft de vereiste van de wilsbekwaamheid van de declarant, de onbeperkte geldigheidsduur die eraan kleeft, de verantwoordelijkheid van de declarant om zelf te zorgen voor de nodige publiciteit en de mogelijkheid om de wilsverklaring te wijzigen of in te trekken. Voor de euthanasieverklaring, d.i. zoals gezegd een positieve wilsverklaring, bestaat er bijvoorbeeld wel een specifieke regeling in artikel 4 van de Euthanasiewet, die in de volgende paragraaf aan bod komt.

Het spreekt vanzelf dat dergelijke positieve verzoeken weleens haaks kunnen staan op de inzichten, de professionele autonomie en de contractuele vrijheid van de arts die zich geconfronteerd ziet met de wilsverklaring. In het algemeen wordt aangenomen dat een arts geenszins verplicht kan worden om een medisch gezien zinloze behandeling te starten of verder te zetten (206). Sterker nog, de arts mag zelfs niet ingaan op een dergelijke vraag, gelet op het ontbreken van een therapeutisch oogmerk (207-211). Wanneer de patiënt daarentegen voorafgaandelijk om een (standaard)behandeling zou vragen die hij hoe dan ook zou krijgen, is de rechtskracht van de wilsverklaring beperkt. De arts zou de behandeling immers ook instellen indien de wilsverklaring er niet was geweest. De patiënt heeft overeenkomstig de Wet Patiëntenrechten steeds recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking (212). In die zin maakt het niet veel uit of de wilsverklaring er nu is of niet (213, 214). Dat recht van de patiënt op kwaliteit impliceert volgens de parlementaire stukken van de Wet Patiëntenrechten niet dat er aan alle mogelijke individuele behoeften tegemoetgekomen moet worden of dat er geen voorwaarden kunnen worden opgelegd waaronder de kwaliteitsvolle dienstverstrekking ter beschikking wordt gesteld (215). Het kan niet de bedoeling zijn om de arts te verplichten tot alles wat de patiënt wil. Dat zou betekenen dat de arts de loutere uitvoerder wordt van de wil van de patiënt. Diens recht op fysieke integriteit reikt dus niet zo ver (216). Wat betreft een euthanasieverzoek, zowel actueel als voorafgaandelijk, is op te merken dat een arts nooit verplicht kan worden om euthanasie uit te voeren. De Euthanasiewet bevat een expliciete bepaling op grond waarvan een arts niet verplicht kan worden om in te gaan op een dergelijk verzoek (217).

Met dit in het achterhoofd verbaast het niet dat positieve wilsverklaringen niet bindend worden geacht (218, 219). Toch vloeien ook uit een positieve wilsverklaring enkele verplichtingen voort voor de arts. Hij moet de patiënt bijstaan bij het opstellen en het bewaren van wilsverklaringen (220). Ook moet de arts, zoals vermeld, (al dan niet op vraag van de patiënt) de wilsverklaring toevoegen aan het patiëntendossier. Verder is hij verplicht om zoveel mogelijk rekening te houden met wat de patiënt vraagt en mag hij hier niet volledig aan voorbijgaan (221-223). Indien de arts bijvoorbeeld moet kiezen tussen alternatieve behandelingen, dan kan en moet de wilsverklaring zelfs de doorslag geven bij het maken van een keuze (224-226). In zekere zin is dit een soort van negatieve wilsverklaring aangezien de declarant een duidelijke keuze maakt voor een welbepaalde behandeling en de alternatieven afwijst. In die zin is de wilsverklaring bindend en moet ze worden uitgevoerd (227). De positieve component van het recht op fysieke integriteit van de patiënt, d.i. het recht op zelfbepaling, laat niet toe dat de wilsverklaring zomaar wordt genegeerd (228). Bovendien zal de wilsverklaring ook de enige houvast zijn met betrekking tot de wil van de patiënt aangezien deze nu wilsonbekwaam en/of onaanspreekbaar is. Het in het verleden geuite voorstel om de Wet Patiëntenrechten in deze zin te vervolledigen en aan te passen door ook de positieve wilsverklaringen te incorporeren sluit hierbij aan. Dit is vooralsnog evenwel niet gebeurd, nu de wetgever de bedoeling had om enkel afdwingbare rechten op te nemen in de Wet Patiëntenrechten (229, 230).

Hierop voortbouwend, moet het gezien worden als een plicht van de arts om bij de gebeurlijke niet-uitvoering van een positieve wilsverklaring daarvoor een gegronde reden op te geven (231, 232). Dit behoort tot de plichten van een goede hulpverlener. De declarant heeft immers de moeite genomen om een wilsverklaring na te laten en om daarin zijn

waarden en overtuigingen te etaleren. De declarant zal overigens verwachten dat men zijn wilsverklaring respecteert. De plicht van de arts die de therapeutische relatie is aangegaan om een gegronde reden op te geven, vloeit eveneens voort uit de plicht om de behandelingsovereenkomst te goeder trouw uit te voeren, alsook uit de plicht om het patiëntendossier zorgvuldig bij te houden en daarin voldoende aantekeningen te maken over de verzorging van de patiënt (233, 234). De plicht van de arts om zijn handelingen te rapporteren in het patiëntendossier verleent aan positieve wilsverklaringen een sterker juridisch statuut, een statuut dat aansluiting zoekt bij dat van de negatieve wilsverklaring. In dezelfde zin schrijft de Euthanasiewet voor dat wanneer een arts weigert om in te gaan op het euthanasieverzoek neergelegd in een euthanasieverklaring, hij de vertrouwenspersoon van de patiënt hiervan op de hoogte moet brengen en daarbij de redenen voor zijn weigering moet opgeven (235).

Ook de discussie over het medisch zinloos/zinvol zijn van een behandeling leidt tot de conclusie dat de wil van de patiënt of positieve wilsverklaringen niet zomaar afgeschilderd kunnen worden als irrelevant of overbodig, hoewel de meerderheidsopvatting erin bestaat dat de visie van de arts doorslaggevend is en hij niet verplicht kan worden om een volgens hem zinloze behandeling te verstrekken. De betrokkenheid van de patiënt of van zijn vertegenwoordiger wordt vaak onderstreept (236-243). De beoordeling van het zinloos/zinvol zijn van een behandeling zal bovendien zelden zwart-wit zijn en de wilsverklaring is een bron van informatie. Dit is verder bij uitstek een beslissing waarbij het plegen van multidisciplinair overleg zich opdringt (244, 245). Indien een van de betrokkenen niet akkoord gaat met het oordeel van de behandelende arts of indien er twijfel bestaat, dan moet dit, gelet op de mogelijke gevolgen van de (onzekere) beslissing, in het voordeel spelen van de patiënt en van

zijn wilsverklaring. Die wilsverklaring zou overigens weleens aan de basis kunnen liggen van de gerezen onenigheid of twijfel. De visie van de patiënt zal met andere woorden ongetwijfeld een belangrijk beoordelingselement zijn.

De euthanasieverklaring

Actueel verzoek

Vooraleer de vraag te beantwoorden of euthanasie bij een demente, wilsonbekwame patiënt mogelijk is op grond van een voorafgaande euthanasieverklaring, is het interessant om op te merken dat een actueel euthanasieverzoek, d.i. een verzoek dat uitgaat van een wilsbekwame patiënt, honoreerbaar is indien er voldaan is aan de voorwaarden van de Euthanasiewet (246). Zo moet er sprake zijn van een vrijwillig, overwogen en herhaald 'verzoek' dat niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk, alsook van een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch 'lijden' dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke aandoening veroorzaakt door ziekte of een ongeval (247). Het voorbeeld van Hugo Claus is intussen welgekend en toont aan dat euthanasie bij dementie wel degelijk mogelijk is.

Een patiënt in een vergevorderd stadium van dementie zal niet kunnen voldoen aan de eis van het vrijwillige en weloverwogen verzoek. In het beginstadium (en ook daarna) kan de patiënt evenwel nog wilsbekwaam zijn gelet op, naast het vermoeden van wilsbekwaamheid, het dynamische en evoluerende verloop van het dementeringsproces. De arts zal geval per geval en 'in concreto' moeten beoordelen of er voldaan is aan de wettelijke vereisten (248, 249).

Met betrekking tot de tweede vermelde voorwaarde kan men zich de vraag stellen of het loutere feit dat men aan dementie lijdt met het vooruitzicht op een langzame aftakeling van zijn fysieke en geestelijke vermogens wel bestempeld kan worden als ondraaglijk en aanhoudend lijden (249). Volgens de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie kan men in geval van een progressieve, ongeneeslijke aandoening het vooruitzicht op een dramatische afloop in de toekomst (bijvoorbeeld coma, autonomieverlies of voortschrijdende dementie) wel degelijk bestempelen als ondraaglijk psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden (250). Een dergelijke interpretatie is inderdaad geen brug te ver om de eis van het ondraaglijke lijden in te vullen. Dat er geen redelijke andere oplossing is om dementie te behandelen, is vooralsnog duidelijk (251).

Uit de verslagen van deze commissie blijkt dat men soms euthanasie uitvoert bij een dementerende patiënt. Het ging telkens om een actueel verzoek en iedere keer werd nauwgezet onderzocht of er voldaan was aan de wettelijke voorwaarden, o.a. de eis van het vrije en weloverwogen verzoek en de eis van het ondraaglijke lijden (252-255).

Quote: Ondanks het feit dat men gevolg kan geven aan een actueel euthanasieverzoek dat uitgaat van een nog wilsbekwame dementerende patiënt, volstaat dementie niet om voorafgaandelijk in een wilsverklaring een euthanasieverzoek te uiten en om dat verzoek vervolgens bij wilsonbekwaamheid ook uitgevoerd te zien.

Voorafgaand verzoek

Ondanks het feit dat men gevolg kan geven aan een actueel euthanasieverzoek dat uitgaat van een nog wilsbekwame dementerende patiënt, volstaat dementie niet om voorafgaandelijk in een wilsverklaring een euthanasieverzoek te uiten en om dat verzoek vervolgens bij wilsonbekwaamheid ook uitgevoerd te zien (256). De voorwaarden van de Euthanasiewet zijn niet te verzoenen met een dergelijk voorafgaand euthanasieverzoek. De wet vereist dat de patiënt getroffen is door een ernstige en ongeneeslijke aandoening veroorzaakt door ziekte of een ongeval, dat hij niet meer bij bewustzijn is en dat deze toestand van buitenbewustzijn onomkeerbaar is volgens de (huidige) stand van de wetenschap (257). Aan de eerste voorwaarde is er in geval van dementie zeker voldaan, maar aan de tweede niet. Wat moet men dan precies verstaan onder een 'onomkeerbare toestand van niet meer bij bewustzijn zijn'? Tijdens de parlementaire voorbereiding werd er daarover uitgebreid gedebatteerd (258). Enkel een onomkeerbaar coma en een persisterend vegetatieve toestand zijn daaronder te catalogeren. Aangezien een demente patiënt strikt genomen het bewustzijn niet verliest en reageert op aanraking en externe prikkels, is dementie meteen uitgesloten van het toepassingsgebied van de wet (259-262). Het is van primordiaal belang dat zorgverleners en patiënten zich bewust zijn van dit beperkte toepassingsgebied van de Euthanasiewet. In de dagelijkse praktijk bestaan er daarover zeer vaak misvattingen.

Eerder waren de leden van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek het niet eens over de mogelijkheid van voorafgaande verzoeken tot levensbeëindiging, niet alleen in het algemeen ten aanzien van wilsonbekwame patiënten, maar in het bijzonder ook ten aanzien

van demente patiënten. Sommige leden aanvaardden echter wel dat een voorafgaand euthanasieverzoek van een demente patiënt uitgevoerd zou worden (263, 264).

Vanwege de uitsluiting van dementie uit het toepassingsgebied van de voorafgaande euthanasieverklaring wordt er niet verder ingegaan op de voorwaarden om een dergelijke euthanasieverklaring op te stellen, zoals de vereiste van de handelings- en de wilsbekwaamheid van de declarant, de vereiste van een schriftelijke wilsverklaring en de verplichte tussenkomst van 2 getuigen. Voor deze voorwaarden wordt er verwezen naar artikel 4 van de Euthanasiewet. Volledigheidshalve wordt nog opgemerkt dat een euthanasieverklaring voorheen als enige wilsverklaring wel onderhevig was aan een maximale geldigheidsduur van 5 jaar. Deze geldigheidsduur is intussen evenwel afgeschaft, waardoor een euthanasieverklaring voortaan onbeperkt geldig is in de tijd. Let wel, deze onbeperkte geldigheidsduur geldt enkel voor wilsverklaringen herbevestigd of opgesteld vanaf 2 april 2020 (265-267). Om dezelfde reden wordt er evenmin ingegaan op de verschillende procedurevoorwaarden die een arts moet naleven als hij een euthanasie wil uitvoeren en op de mogelijkheid voor een arts om dat te weigeren.

Het voorgaande wekt de indruk dat een euthanasieverklaring helemaal niet dienstig is voor een demente patiënt en dat een bespreking ervan tijdens het zorgplanningsproces nutteloos is. Dat is om 2 redenen niet geheel juist. Vooreerst kan het zijn dat de demente patiënt zich op een bepaald ogenblik toch in een onomkeerbare toestand van buitenbewustzijn zou bevinden. De uitvoering van de wilsverklaring is dan mogelijk. De arts moet de patiënt wel wijzen op het beperkte toepassingsgebied van de Euthanasiewet. Ook kan de euthanasieverklaring fungeren als een soort van negatieve wilsverklaring. De euthanasieverklaring maakt dan duidelijk dat het op een gegeven moment genoeg is geweest

en dat de patiënt eerder kiest voor een terughoudend behandelbeleid in plaats van voor een beleid dat tot op het laatste moment gericht is op levensverlenging (268).

De toekomst?

Dat een euthanasieverklaring voor demente patiënten slechts een beperkte waarde heeft, is intussen wel duidelijk geworden. Dit kan weleens haaks staan op de verwachtingen van de patiënt zelf die de wilsverklaring heeft opgesteld. De declarant zal effectief verwachten dat zijn wil gerespecteerd wordt. Die verwachting zal enkel vergroten wanneer er in een standaardmodel van een euthanasieverklaring een dementieclausule is opgenomen of wanneer de arts de wilsverklaring zonder gesprek toevoegt aan het patiëntendossier (269, 270).

Op het beperkte toepassingsgebied van de Euthanasiewet werd reeds hevige kritiek geleverd (271-273). Verschillende wetsvoorstellen werden reeds ingediend teneinde dit uit te breiden (274). Deze uitbreiding richt zich niet enkel naar demente patiënten, maar ook naar andere patiënten met ernstig aangetaste hersenfuncties. De voorwaarde van “het niet meer bij bewustzijn zijn” wordt dan bijvoorbeeld vervangen door “het zich niet meer bewust zijn van zijn eigen persoon, van zijn mentale en fysieke toestand en van zijn sociale en fysieke omgeving” of soortgelijke bewoordingen (275-278). Ook werd reeds voorgesteld om de voorwaarde van het niet meer bij bewustzijn zijn aan te vullen met de fysiek of psychisch vergevorderde toestand of deze te vervangen door de toestand van wilsonbekwaamheid die de declarant zelf omschrijft in de wilsverklaring (279, 280). De andere voorwaarde, die van de onomkeerbaarheid van de toestand van de patiënt, blijft echter onverkort gelden.

Wat is nu wenselijk in de context van dementie en euthanasie? De argumenten van de tegenstanders van de uitbreiding zijn als volgt samen te vatten. Ze wijzen erop dat de samenleving haar verantwoordelijkheid voor de allerzwaksten niet zou opnemen. Personen die lijden aan dementie, behoeven bescherming. Het negatieve maatschappijbeeld rond dementie moet daarom aangepakt worden en de zorg voor dementerende patiënten moet beter georganiseerd worden. Een veelvuldig aangehaald tegenargument is tevens dat de demente patiënt zelf niet echt lijdt, maar - integendeel - vaak nog schijnbaar geniet van het leven. Er bestaat onvoldoende inzicht over hoe een demente patiënt zelf omgaat met zijn situatie. Zijn menselijke waardigheid zou dan ontnomen worden door euthanasie uit te voeren. Andere argumenten hebben te maken met de vaak problematische diagnostiek van dementie, met het gevaar dat het leven van dementerenden beëindigd zou worden vanwege economische of eugenetische redenen, met het gevaar dat dementerende patiënten onder druk gezet zouden worden om euthanasie te vragen en met het recht op zelfbepaling, dat eerder 'in verbinding' of 'in verbondenheid' gezien moet worden in plaats van louter vanuit een individualistisch perspectief. Ook is er kritiek op de gebruikte formuleringen in de ingediende wetsvoorstellen met daaraan gekoppeld de vraag hoe men in de praktijk moet bepalen of iemand zich al dan niet nog bewust is van zijn persoonlijkheid. Ten slotte zijn er nog enkele kritieken op het gebruik van voorafgaande wilsverklaringen in het algemeen. Zo wordt gesteld dat de declarant van gedachten kan veranderen, dat de wilsverklaring onherroepbaar is en dat een wilsverklaring vaak onduidelijkheden oplevert. De arts die zich geconfronteerd ziet met een wilsverklaring van een demente patiënt, staat dan ook vaak voor een dilemma (281-283).

Volstaan deze argumenten om de uitbreiding van de Euthanasiewet tegen te houden?

Uiteraard hangt het antwoord op deze vraag af van de overtuigingen van de persoon die de vraag tracht te beantwoorden. Het is aan de lezer om een eigen oordeel te vormen over deze zeer ethisch geladen kwestie.

Het gevaar van euthanasie om economische of eugenetische redenen of nadat er druk werd uitgeoefend op de patiënt, is in elk geval geen sluitend tegenargument. Een uitbreiding van de Euthanasiewet zal geenszins een zo vaak gevreesde 'slippery slope' tot gevolg hebben. Ook vóór de komst van de wet op zich verwachtte men bepaalde gevaren, gevaren die duidelijk geen werkelijkheid zijn geworden. De voorwaarden van de Euthanasiewet blijven onverkort gelden. Zo moet de wilsverklaring nog steeds de vrije, bewuste en weloverwogen wil van de declarant vertolken, zijn er procedurevoorwaarden in acht te nemen en is het nog altijd de arts zelf die in eer en geweten de uiteindelijke beslissing neemt (284).

Dat zelfbepaling in verbinding bekeken moet worden omdat een mens geen eiland is, klopt uiteraard. Als tegenargument overtuigt dit echter evenmin. Enkel de patiënt zelf beslist, op grond van zijn zelfbepalingsrecht, over euthanasie en over het al dan niet betrekken van zijn naasten. Hij alleen kan een verzoek uiten en niemand anders kan dat in zijn plaats doen.

Uiteraard is het aan de patiënt om, indien hij dat wenst, bepaalde zaken te bespreken met zijn naasten en valt hun betrokkenheid bij het euthanasieproces aan te moedigen, zonder dat de patiënt daartoe evenwel verplicht zou zijn.

Zoals gezegd, is er ook kritiek gekomen op de formulering van de reeds ingediende wetsvoorstellen. Hoe, wanneer en door wie wordt er bijvoorbeeld bepaald dat iemand zich niet meer bewust is van zijn persoonlijkheid? Dit kan vele vragen oproepen bij artsen en de naasten van de patiënt. Bij een onomkeerbaar coma zou dat anders zijn (285). Dat het

moeilijk zal zijn om te bepalen vanaf wanneer de patiënt de bedoeling heeft gehad om de euthanasie te laten uitvoeren, is zeker juist, maar het bestaan van eventuele interpretatie- en uitvoeringsmoeilijkheden is op zich geen reden om geen wettelijke regeling uit te werken voor een bepaalde aangelegenheid (286-288). De mogelijke oplossing bestaat uit het creëren van bijkomende procedurele voorwaarden om de werkelijke bedoeling van de patiënt met zijn wilsverklaring na te gaan (289, 290). Louter volledigheidshalve wordt nog opgemerkt dat er vaak ook twijfels bestaan over het al dan niet onomkeerbare karakter van het buitenbewustzijn van de patiënt. Nu en dan en tot ieders verbazing ontwaakt er weleens een patiënt van wie men aannam dat deze onomkeerbaar comateus was.

De geuite kritieken op wilsverklaringen in het algemeen zijn inmiddels klassiek geworden. Elk van die kritieken draagt een zekere waarheid in zich, maar om hieraan de conclusie te verbinden dat wilsverklaringen helemaal niet dienstig zouden zijn, is toch een brug te ver. Zo moet men, behoudens tegenaanwijzingen, uitgaan van het vermoeden van de wilsbekwaamheid en dus van de geldigheid van de wilsverklaring, alsook van het vermoeden dat de wil van de declarant nog steeds overeenstemt met zijn wilsverklaring (291-293). Indien dat vermoeden weerlegd zou worden, dan moet de arts afwijken van de wilsverklaring.

Bovendien kan de declarant op elk nog wilsbekwaam moment zijn wilsverklaring wijzigen of intrekken, is ook de mening van de wilsonbekwame patiënt belangrijk en is het aan de arts en de vertegenwoordiger van de patiënt om de wilsverklaring desgevallend te interpreteren.

Deze klassieke argumenten aanvaarden om te pleiten tegen de uitbreiding van het toepassingsgebied van de euthanasieverklaring zou overigens ook gevolgen hebben voor alle andere soorten wilsverklaringen aangezien deze problemen veeleer eigen zijn aan het vehikel van de voorafgaande wilsverklaring op zich in plaats van aan de euthanasieverklaring.

Het argument dat demente patiënten, behoudens bijkomende ernstige aandoeningen, niet echt lijden, is het argument dat een uitbreiding van de Euthanasiewet o.i. het meest tegenhoudt (294-296). Toch dienen ook hier enkele opmerkingen zich aan.

Vooreerst is er de inhoud van de wilsverklaring, waarin de declarant zelf aangeeft wat hij als ondraaglijk beschouwt en wenst te vermijden. De declarant vindt de gevolgen van dementie dan onaanvaardbaar vanaf een bepaald ogenblik. De patiënt oefent hierdoor zijn recht op zelfbepaling uit en verwacht ook dat men zijn wil respecteert. Bovendien kan het opstellen van de wilsverklaring het vooruitzicht op aftakeling misschien draaglijker maken en zorgen voor gemoedsrust (297). Men moet die wilsverklaring dan ook ernstig nemen (298).

Verder is de aftakeling van een dementerende patiënt duurzaam, onomkeerbaar en progressief. Het feit dat de patiënt dat vanaf een gegeven ogenblik niet meer zal beseffen, volstaat niet om de uitbreiding van de wet tegen te houden. Het recht op zelfbepaling van de voorheen wilsbekwame patiënt kan hiervoor als grondslag dienen. Dat recht op zelfbepaling is namelijk ook de grondslag om andere soorten wilsverklaringen te aanvaarden en uit te voeren. Uit het overzicht hierboven blijkt bijvoorbeeld dat de negatieve wils- en machtigingsverklaring van een wilsonbekwame demente patiënt gehonoreerd moeten worden.

Belangrijk hierbij is dat de huidige Euthanasiewet euthanasie toestaat bij onomkeerbaar comateuze patiënten en patiënten die zich in een persisterend vegetatieve toestand bevinden. Deze patiënten kunnen niet lijden en zijn zich niet meer bewust van hun situatie. Toch wordt euthanasie bij hen reeds geruime tijd mogelijk geacht (299). De situatie van een demente patiënt vertoont overigens wel wat gelijkenissen met deze van een comateuze of een persisterend vegetatieve patiënt. Ze zijn zich allemaal onbewust van hun lijden en ze

bevinden zich in een onomkeerbare toestand die leidt tot een verregaande ontluistering. Het verschil is dat een demente patiënt strikt genomen het bewustzijn niet verliest, maar dat bewustzijn is wel in ernstige mate veranderd en verstoord (300). Men zou kunnen zeggen dat de patiënt het bewustzijn in de zin van 'het vermogen om zich ergens bewust van te zijn' heeft verloren (301-303). Het is bijgevolg niet noodzakelijk om dan enkel bij dementie de eis van het ondraaglijke lijden in te schrijven in de wet als deze gewijzigd zou worden.

Een oplossing zou erin kunnen bestaan om de wet aan te passen in de zin van een van de ingediende wetsvoorstellen, waarbij het inschrijven van de voorwaarde van de onomkeerbare wilsonbekwaamheid het voordeel van de eenvoud geniet in plaats van de onomkeerbare toestand van buitenbewustzijn. Vervolgens kan men het wettelijke model van de euthanasieverklaring aanpassen om een gedifferentieerde keuze mogelijk te maken. Zo zullen er ongetwijfeld personen zijn die wel euthanasie zouden willen in geval van een onomkeerbaar coma, maar niet in geval van dementie. Iedereen kan dan ook zelf de toepassingsmodaliteiten van de euthanasieverklaring preciseren.

Een argument dat eveneens in het voordeel van een uitbreiding van de Euthanasiewet spreekt, zonder op zich doorslaggevend te zijn, is dat een nog wilsbekwame patiënt niet gehaast zal zijn om, misschien te vroeg, euthanasie te vragen. De discussie heeft zich immers vanwege het wettelijke euthanasiekader verplaatst naar de beginfase van dementie, waarbij het meteen een probleem is dat de diagnostisering vaak enige tijd in beslag neemt. De patiënt doet er goed aan om zijn wilsonbekwaamheid voor te zijn, zo luidt het (304). Dit legt vanzelfsprekend een zekere tijdsdruk op, die in geval van een wetsuitbreiding zou wegvallen (305).

Quote: Bij veel artsen, alsook bij de bevolking lijkt er intussen een draagvlak te zijn ontstaan voor een aanpassing van de Euthanasiewet.

Samenvattend kan gesteld worden dat het toepassingsgebied van de voorafgaande euthanasieverklaring beperkt is, hetgeen vaak voor verwarring en kritiek zorgt. Doorheen de tijd hebben zowel voor- als tegenstanders diverse argumenten ontwikkeld ter staving van hun positie en werden er verschillende voorstellen ingediend om de wet te wijzigen. Bij elk argument, zowel pro als contra, kunnen kanttekeningen geplaatst worden. Bij veel artsen, alsook bij de bevolking lijkt er intussen een draagvlak te zijn ontstaan voor een aanpassing van de Euthanasiewet (306, 307). De discussie zal hoe dan ook nog verder gevoerd moeten worden. Een uitbreiding van het toepassingsgebied van de Euthanasiewet lijkt momenteel evenwel nog niet nakend te zijn (308, 309).

Besluit

In deze bijdrage werd ingegaan op de mogelijkheden die een dementerende patiënt ter beschikking heeft om zijn levenseindezorg te plannen. Het belang van voorafgaande zorgplanning, in het bijzonder voor dementerenden, staat buiten kijf. Zonder een correcte diagnosestelling en adequate informatieverstrekking is dat niet mogelijk. Dit zijn dan ook preliminaire voorwaarden om aan zorgplanning te kunnen doen. In de praktijk rijzen er hierbij vele vragen en problemen, met inbegrip van de mogelijkheden om aan zorgplanning te doen en de keuzes die daarbij gemaakt kunnen worden. Het uitgangspunt is dat ook een dementerende patiënt wilsbekwaam is en een zelfbepalingsrecht geniet. De nog wilsbekwame patiënt beslist zelf, terwijl een wilsbekwame patiënt vertegenwoordigd wordt volgens de cascaderегeling van de Wet Patiëntenrechten. Dat de wetgever de verschillende

soorten wilsverklaringen anders benaderd heeft door wisselende voorwaarden op te leggen, is een complicerende factor voor de deelnemers aan een zorgplanningsproces. Het overzicht geboden in deze bijdrage neemt hopelijk een deel van deze complexiteit weg.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Literatuur

1. C. LEMMENS, Voorafgaande wilsverklaringen met betrekking tot het levenseinde, Antwerpen, Intersentia, 2013, 995 p.
2. C. LEMMENS, Voorafgaande zorgplanning en wilsverklaringen met betrekking tot het levenseinde, Reeks Notariële Praktijkstudies, Kluwer, Mechelen, 2020, 243 p.
3. C. LEMMENS, Planification anticipée des soins et déclarations relatives à la fin de vie, Luik, Kluwer, 2020, 239 p.
4. H. NYS, “The growing significance of advance declarations of will as an expression of the autonomy of the patient in Europe”, in A.-L. VERBEKE, J.M. SCHERPE, C. DECLERCK e.a. (ed.), Confronting the frontiers of family and succession law. Liber Amicorum Walter Pintens, Antwerpen, Intersentia, 2012, 1047.
5. C.P. FERRI, M. PRINCE, C. BRAYNE e.a., “Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study”, Lancet 2005, 366: 2112-2117 (elk jaar 4,6 miljoen nieuwe gevallen van dementie, één nieuw geval elke 7 seconden).
6. P. MISTIAEN, K. VAN DEN BROECK, I. AJOULAT e.a., Passende zorg in de laatste levensfase – Synthese, KCE Reports 296As, Brussel, 2017, 21 p.
7. K. VAN DEN BROECK, O. SCHMITZ, I. AJOULAT e.a., Appropriate care at the end of life, KCE Reports 296, Brussel, 2017, 203 p.
8. L. DELIENS, C. DE GENDT, I. D’HAENE e.a., Advance care planning: overleg tussen zorgverleners, patiënten met dementie en hun naasten, Reeks “Naar een dementievriendelijke samenleving”, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2009, p. 13 e.v.
9. S. TACK en T. BALTHAZAR, Patiëntenrechten. Informed consent in de zorgsector: recente evoluties, in CABG, Brussel, De Boeck & Larcier, 2007, 51-53.

10. M. KEIRSE, Het levenseinde teruggeven aan de mensen. Over vroegtijdige planning van de zorg, Wemmel, Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2009, p. 5 e.v.
11. Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002 (hierna: "Wet Patiëntenrechten").
12. Voorstel van resolutie van 23 februari 2006 betreffende de diagnose en begeleiding van de dementerende patiënt, Parl.St. Senaat 2005-06, nr. 3-1588/1, 13.
13. A. DE VLEMINCK, K. PARDON, K. BEERNAERT e.a., "How Do General Practitioners Conceptualise Advance Care Planning in Their Practice? A Qualitative Study", PLoS ONE 2016, 2016, 11(4):e0153747.
14. S. DEFLOOR en H. NYS, Dementie en de rechten van de patiënt. Overzicht van de wettelijke bepalingen die de levenskwaliteit van personen met dementie en hun omgeving beïnvloeden, Reeks "Naar een dementievriendelijke samenleving", Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2008, 11.
15. M.-N. VERHAEGEN, S. OMBELET, T. VAN HIRTUM e.a., Jaarverslag 2019 Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", Brussel, 2020, 51, 53 en 57, www.health.belgium.be
16. L. DELIENS, C. DE GENDT, I. D'HAENE e.a., Advance care planning: overleg tussen zorgverleners, patiënten met dementie en hun naasten, Reeks "Naar een dementievriendelijke samenleving", Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2009, 17 en p. 45 e.v.
17. A. DE VLEMINCK, K. PARDON, D. HOUTTEKIER e.a., "The prevalence in the general population of advance directives on euthanasia and discussion of end-of-life wishes: a nationwide survey", BMC Palliative Care 2015, 14: 71.
18. C. DE BUSSCHERE, "Le testament de vie", Notarius 1998, 304.
19. H.W. DIJKHOFFZ, Jaarverslag 2004 Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", Brussel, 2005, 92-93.

20. S. GRYSON, M.-N. VERHAEGEN, R. WILMOTTE, V. DEBREYNE, Jaarverslag 2006 Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”, Brussel, 2007, 71-74.
21. M.-N. VERHAEGEN, S. OMBELET, T. VAN HIRTUM e.a., Jaarverslag 2019 Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”, Brussel, 2020, p. 59 e.v., www.health.belgium.be
22. Voorstel van resolutie van 23 februari 2006 betreffende de diagnose en begeleiding van de dementerende patiënt, Parl.St. Senaat 2005-06, nr. 3-1588/1, 1; A.L. FRANCKE, I. VAN DER HEIDE, S. DE BRUIN, R. GIJSEN, R. POOS, M. VERBEEK, et al. Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg: kerncijfers, behoeften, aanbod en impact. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg, Utrecht, Nivel; 2018, 9.
23. P. RAEYMAEKERS en K. RONDIA, Naar een dementievriendelijke samenleving: aanbevelingen en mogelijke acties, Reeks “Naar een dementievriendelijke samenleving”, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2009, 41.
24. E. SALMON, V. WOJTASIK, F. LEKEU e.a., De beleving van dementie door patiënten en hun omgeving. Een literatuuranalyse, Reeks “Naar een dementievriendelijke samenleving”, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2009, p. 13 e.v.
25. C.M.P.M. HERTOIGH, R.M. DROES en M.E. DE BOER, “Dementie sluit praten over euthanasie niet uit”, Medisch Contact 2006, 17.
26. Voorstel van resolutie van 18 oktober 2004 betreffende de noden van de Alzheimerpatiënt, Parl. St. Kamer 2004-05, nr. 1388/ 001, 8.
27. COMMISSIE AANVAARDBAARHEID LEVENSBEEINDIGEND HANDELEN (CAL), Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997, 111-116.

28. P. RAEYMAEKERS en K. RONDIA, Naar een dementievriendelijke samenleving: aanbevelingen en mogelijke acties, Reeks "Naar een dementievriendelijke samenleving", Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2009, 67.
29. M.L. RURUP, B.D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, H.R.W. PASMAN e.a., "Attitudes of physicians, nurses and relatives towards end-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia", Patient Education and Counseling 2006, 61: 372-380.
30. L.K. FELLOWS, "Competency and consent in dementia", J.Am.Geriatr.Soc. 1998, 46: 924.
31. B.D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, J.K.M. GEVERS, A. VAN DER HEIDE e.a., Evaluatie. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, ZonMw, Den Haag, 2007, 114-115.
32. J.C. AHRONHEIM, S. MORRISON, S.A. BASKIN e.a., "Treatment of the dying in the acute care hospital. Advanced dementia and metastatic cancer", Arch. Intern. Med. 1996, 156: 2094-2100.
33. S. FAZEL, T. HOPE en R. JACOBY, "Dementia, intelligence, and the competence to complete advance directives", Lancet 1999, 354: 48.
34. L. DELIENS, C. DE GENDT, I. D'HAENE e.a., Advance care planning: overleg tussen zorgverleners, patiënten met dementie en hun naasten, Reeks "Naar een dementievriendelijke samenleving", Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2009, 13, 49, 56 en 59.
35. S. DEFLOOR en H. NYS, Dementie en de rechten van de patiënt. Overzicht van de wettelijke bepalingen die de levenskwaliteit van personen met dementie en hun omgeving beïnvloeden, Reeks "Naar een dementievriendelijke samenleving", Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2008, 11.
36. NEDERLANDSE GEZONDHEIDSRAAD, Dementie, Den Haag, Nr. 2002/ 04, 19 en 116-118.

37. F. MORTIER, “Wilsverklaringen vooraf: ontstaan, nut, funderingen en controverses”, in A. VAN ORSHOVEN en Y. ENGLERT (eds.), *Levenstestament en andere voorafgaande wilsverklaringen*, Antwerpen, Garant, 2003, 18.
38. J. VISSER, “Euthanasie bij beginnende dementie”, *Medisch Contact* 2009, 1375.
39. J. LEPELEIRE, A. BEYEN, M. BURIN e.a., “Euthanasie bij personen met dementie: reflecties van artsen”, *T.v.Gen.* 2009, 668.
40. Wetsvoorstel van 14 december 2005 tot wijziging van artikel 4 van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, *Parl. St. Senaat* 2005-06, nr. 3-1485/1, 2-3.
41. Wetsvoorstel van 10 april 2008 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 wat de euthanasie betreft, *Parl. St. Kamer* 2007-08, nr. 1050/001, 4.
42. KNMG, *Begrippen en zorgvuldigheidseisen rond het levenseinde*, 2005, 14, knmg.artsennet.nl
43. Artikel 489 e.v. oud BW.
44. Artikel 10 wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen, *BS* 14 februari 1987; artikel 12, lid 2 wet van 19 december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek, *BS* 30 december 2008.
45. KB van 9 februari 2020 betreffende de registratie van wilsverklaringen over de wegneming van menselijk lichaamsmateriaal, met inbegrip van organen, na overlijden, *BS* 19 maart 2020.
46. Artikel 15, §1, lid 2 Vlaams decreet van 16 januari 2004 op de begraafplaatsen en de lijkbezorging, *BS* 10 februari 2004.
47. S. VAN LOOCK, “De feitelijke bekwaamheid en de handelingsbekwaamheid van een lasthebber”, (noot onder *Cass.* 7 januari 2010), *RW* 2011-12, 1595.

48. R. BARBAIX, Het contractuele statuut van de schenking. Hoe anders is de overeenkomst schenking en waarom? Rechtsvergelijkende studie van het contractuele statuut van de schenking, Antwerpen, Intersentia, 2008, p. 19 e.v. en 103.
49. F. SWENNEN, Het personen- en familierecht. Een benadering in context, Antwerpen, Intersentia, 2017, 154-155 en 198.
50. S. STIJNS, Leerboek Verbintenissenrecht, I, Brugge, die Keure, 2005, 75.
51. S.P.K. WELIE, Criteria for assessment of patient competence. A conceptual analysis from the legal, psychological and ethical perspectives, Eijsden, 2008, 180-181.
52. L. CORNELIS, Algemene theorie van de verbintenis, Antwerpen, Intersentia, 2000, 85, 90, 100 en 116-118.
53. M.-N. VEYS, De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie, Gent, Larcier, 2008, 20-21.
54. R. DE CORTE, Overzicht van het burgerlijk recht: een globaal overzicht van het burgerlijk recht, aangevuld met een algemene theorie over het recht, het burgerlijk procesrecht en het strafprocesrecht, Gent, Mys & Breesch, 2001, 173, 181 en 389-390.
55. Y.-H. LELEU, Droit des personnes et des familles, Brussel, Larcier, 2016, 216.
56. F. SWENNEN, Geestesgestoorden in het burgerlijk recht, Antwerpen, Intersentia, 2000, 879 p.
57. A. WYLLEMAN, Contracteren en procederen met wilsonbekwamen en wilsgestoorden, Mechelen, Kluwer, 2005, 586 p.
58. A. MEISEL en K.L. CERMINARA, The right to die. The law of end-of-life decisionmaking, Austin, Aspen Publishers, 2004, 7-7.
59. N.L. CANTOR, Advance directives and the pursuit of death with dignity, Indiana University Press, 1993, viii; N.M.P. KING, Making sense of advance directives, Washington, Georgetown University Press, 2007, 2.

60. H. NYS en B. HANSEN, “Wilsverklaring.be. Wegwijs in het web van wilsverklaringen 2.0”, Ethische perspectieven 2015, 127-128.

61. Artikel 1108 oud BW.

62. T. VANSWEEVELT, F. SWENNEN, J. TER HEERDT e.a., “Het voorontwerp van wet “patiëntenrechten”: een kritische analyse”, T.Gez. 1997-98, 544.

63. S. TACK en T. BALTHAZAR, Patiëntenrechten. Informed consent in de zorgsector: recente evoluties, in CABG, Brussel, De Boeck & Larcier, 2007, 47.

64. Punt 1 verslag aan de Koning bij het KB van 2 april 2003 houdende vaststelling van de wijze waarop de wilsverklaring inzake euthanasie wordt opgesteld, herbevestigd, herzien of ingetrokken, BS 13 mei 2003.

65. E. DELBEKE, Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde, Antwerpen, Intersentia, 2012, nr. 1219.

66. E. DELBEKE, “Euthanasie bij demente patiënten: de Hoge Raad brengt verduidelijking”, (noot onder Hoge Raad 21 april 2020), T.Gez. 2020-21, 406 en 409.

67. Artikel 7 § 1 Wet Patiëntenrechten.

68. P. RAEYMAEKERS en K. RONDIA, Naar een dementievriendelijke samenleving: aanbevelingen en mogelijke acties, Reeks “Naar een dementievriendelijke samenleving”, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2009, 40.

69. Artikel 8 Wet Patiëntenrechten.

70. NEDERLANDSE GEZONDHEIDSRAAD, Dementie, Den Haag, Nr. 2002/ 04, 19, 65 en 88.

71. Artikel 10, §1, lid 1 Wet Patiëntenrechten.

72. Artikel 458 Sw.

73. Artikel 14, § 1, lid 1 Wet Patiëntenrechten.

74. H. NYS en L. BODDEZ, “De meerderjarige beschermde personen bekeken vanuit gezondheidsrechtelijke invalshoek”, RW 2013-14, 1092.
75. M.-N. VERHAEGEN, S. OMBELET, T. VAN HIRTUM e.a., Jaarverslag 2019 Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”, Brussel, 2020, 48 en 59, www.health.belgium.be
76. Zie artikel 14 Wet Patiëntenrechten.
77. Artikelen 3 (actueel verzoek) en 4 (voorafgaande wilsverklaring) wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, BS 22 juni 2002 (hierna: “Euthanasiewet”). Zie hierover afdeling IV, §4.
78. C. ALEXANDER, “Zelfbeschikking of bescherming: beslissen door en voor psychiatrische patiënten”, in C. ALEXANDER en S. GUTWIRTH (eds.), *Te gek voor recht?*, Gent, Mys & Breesch, 1997, 159.
79. J. LEGEMAATE, “Criteria voor wilsonbekwaamheid”, NJB 1992, 191.
80. T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS, *Het patiëntendossier*, Antwerpen, Intersentia, 2011, 83-84.
81. Artikel 7, §1 en artikel 8, §1 Wet Patiëntenrechten.
82. T. VANSWEEVELT en S. TACK, “Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS, *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 332.
83. BMA, *Assessment of mental capacity. Guidance for doctors and lawyers*, 1995, 95-98, www.bma.org.uk
84. Art. 14, §4 Wet Patiëntenrechten.
85. F. SWENNEN, *Geestesgestoorden in het burgerlijk recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000, 558-559; X., *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*, 2007, p. 11 e.v., www.rijksoverheid.nl

86. J. LEGEMAATE, "Criteria voor wilsonbekwaamheid", NJB 1992, 191-193.
87. T. GRISSO en P.S. APPELBAUM, Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals, New York, Oxford University Press, 1998, 24-26.
88. T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS, Het patiëntendossier, Antwerpen, Intersentia, 2011, 83-84.
89. COMMISSIE AANVAARDBAARHEID LEVENSBEËINDIGEND HANDELEN (CAL), Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997, 55.
90. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) en Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie, Van Zuiden, Alphen aan den Rijn, 2005, 73, www.cbo.nl
91. J. LEPELEIRE, A. BEYEN, M. BURIN e.a., "Euthanasie bij personen met dementie: reflecties van artsen", T.v.Gen. 2009, 667.
92. L.P. FRANCIS, "Decisionmaking at the end of life: patients with Alzheimer's or other dementias", Ga.L.Rev. 2001, 35: 546-549.
93. J. WARNER, R. McCARNEY, M. GRIFFIN e.a., "Participation in dementia research: rates and correlates of capacity to give informed consent", J.Med. Ethics 2008, 34: 169-170.
94. D.C. MARSON, B. McINTURFF, L. HAWKINS e.a., "Consistency of physician judgments of capacity to consent in mild Alzheimer's disease", J.Am.Geriatr.Soc. 1997, 45: 453.
95. Adv. nr. 14 Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 10 december 2001 betreffende de ethische regels ten aanzien van dementerende personen, www.health.belgium.be
96. L.K. FELLOWS, "Competency and consent in dementia", J.Am.Geriatr.Soc. 1998, 46: 923.
97. Voorstel van resolutie van 18 oktober 2004 betreffende de noden van de Alzheimerpatiënt, Parl. St. Kamer 2004-05, nr. 1388/ 001, 8.

98. S. FAZEL, T. HOPE en R. JACOBY, "Dementia, intelligence, and the competence to complete advance directives", *Lancet* 1999, 354: 48.
99. J.K.M. GEVERS, "De onbekwame meerderjarige patiënt", *N.T.Gen.* 1987, 2092.
100. H.J.J. LEENEN, "Incompetente meerderjarigen. Vertegenwoordiging van de patiënt", *TvGR* 1988, 223.
101. E. STRUBBE, "De vooraf uitgedrukte wil van de patiënt" in H. NYS (ed.), *De Conventie Mensenrechten en Biogeneeskunde van de Raad van Europa. Inhoud en gevolgen voor patiënten en hulpverleners*, Serie "Recht en Geneeskunde", Antwerpen, Intersentia, 1998, 153.
102. D.W. BROCK, "An ethical framework for surrogate decision-making" in A. GRUBB (ed.), *Decision-making and problems of incompetence*, Chichester, John Wiley & Sons, 1994, 41.
103. E. THIRY, "La représentation du patient incapable et le rôle du médecin" in E. THIRY (ed.), *Actualité de droit familial et de droit médical*, Brussel, Bruylant, 2007, 90.
104. W. DIJKHOFFZ, CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN en SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN, *Je rechten als patient*, Berchem, EPO, 2008, 30.
105. W. DIJKHOFFZ, CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN en SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN, *Je rechten als patiënt*, Berchem, EPO, 2008, 27.
106. T. VANSWEEVELT, "De geneeskundige behandelingsovereenkomst", in M. DAMBRE, E. DIRIX en B. TILLEMANN (eds.), *Bijzondere overeenkomsten. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2020, 68.
107. Wetsontwerp van 19 februari 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *Parl.St. Kamer* 2001-02, nr. 1642/001, 43-44; M.N. VERHAEGEN, "La représentation du patient mineur ou incapable" in X (ed.), *Mémento des droits du patient et de la responsabilité médicale*, Brussel, Kluwer, 2003, 141.

108. Art. 14, §3, lid 2 wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.

109. Adv. Nationale Raad van de Orde van Artsen van 12 december 2015 betreffende het stopzetten en weigeren van behandelingen, www.ordomedic.be

110. Wetsontwerp van 19 februari 2002 betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-02, nr. 1642/001, 43.

111. A. MEISEL, 'The 'right to die': a case study in American lawmaking', Eur.J.Health Law 1996, 3: 66.

112. F. SWENNEN, Geestesgestoorden in het burgerlijk recht, Antwerpen, Intersentia, 2000, 531-533 en 617.

113. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen van 26 juli 2003 betreffende de Patiëntenrechtenwet, www.ordomedic.be

114. H. NYS en B. HANSEN, "Www.wilsverklaring.be. Wegwijs in het web van de wilsverklaringen", Ethische perspectieven 2009, 162.

115. W. DIJKHOFFZ, CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN en SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN, Je rechten als patiënt, Berchem, EPO, 2008, 27.

116. M. DE HERT, G. MAGIELS en E. THYS, Over mijn lijf. Bijsluiter bij de wet over de rechten van de patiënt, Antwerpen, Houtekiet, 2003, 95.

117. D.W. BROCK, "Good decisionmaking for incompetent patients", Hastings Center Report 1994, 24:S8 ("There are two central ethical issues for decisionmaking for incompetent patients: who should decide for the incompetent patient and what standards or principles should guide those decisions").

118. H. NYS, E. VANERMEN en L. BODDEZ, Overzicht van het gezondheidsrecht in 2012, 2013 en 2014, Mechelen, Wolters Kluwer, 2015, 111; voorstel van resolutie n° 4-769/1 betreffende

de rechten van de patiënt, 20, overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/federale-commissie-rechten-van-de-patient

119. A. HAEKENS, *Beslissingsbekwaamheid in de gerontopsychiatrische context*, Leuven, Leuven University Press, 1998, xiii.

120. D.C. MARSON, B. McINTURFF, L. HAWKINS e.a., "Consistency of physician judgments of capacity to consent in mild Alzheimer's disease", *J.Am.Geriatr.Soc.* 1997, 45: 453-457.

121. L. DELIENS, C. DE GENDT, I. D'HAENE e.a., *Advance care planning: overleg tussen zorgverleners, patiënten met dementie en hun naasten*, Reeks "Naar een dementievriendelijke samenleving", Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2009, 15 en 20.

122. F.G.I. JENNEKENS en A. JENNEKENS-SCHINKEL, "De dementerende persoon, het testament en de notaris", *WPNR* 2005, nr. 6630, 596.

123. NEDERLANDSE GEZONDHEIDSRAAD, *Dementie*, Den Haag, Nr. 2002/04, 19.

124. COMMISSIE AANVAARDBAARHEID LEVENSBEEINDIGEND HANDELEN (CAL), *Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997, 113; R.J.M. DILLMANN, "Vraagstukken rond de behandeling van ernstig demente patiënten", *Medisch Contact* 1993, 433, noten; CBO en NVKG, *Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*, 73.

125. Artikel 14 § 1, lid 1 Wet Patiëntenrechten.

126. Artikel 489 e.v. oud BW.

127. Artikel 14 § 1, lid 2 Wet Patiëntenrechten.

128. Adv. nr. 14 Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 10 december 2001 betreffende de ethische regels ten aanzien van dementerende personen.

129. Adv. nr. 9 Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 22 februari 1999 betreffende het levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen, 12.

130. www.health.belgium.be; voorstel van resolutie van 23 februari 2006 betreffende de diagnose en begeleiding van de dementerende patiënt, Parl. St. Senaat 2005-06, nr. 3-1588/1, 9.
131. R. DILLMANN en J. LEGEMAATE, "Ethiek, recht en dementie", Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1992,839.
132. NEDERLANDSE GEZONDHEIDSRAAD, Dementie, Den Haag, Nr. 2002/ 04, 107 en 115-116.
133. NEDERLANDSE GEZONDHEIDSRAAD, Dementie, Den Haag, Nr. 2002/ 04, 115.
134. Artikel 14 §3, laatste lid Wet Patiëntenrechten.
135. F. REUSENS, F. SWENNEN en S. BRUSSELMANS, De bescherming van de persoon met dementie en van zijn goederen. Overzicht van gangbare praktijken bij notarissen, vrederechters en voorlopige bewindvoerders die in België in contact komen met personen met dementie, Reeks "Naar een dementievriendelijke samenleving", Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2009, 86.
136. Bv. C.M.P.M. HERTOIGH, "Medisch handelen in de laatste levensfase van demente patiënten. Kanttekeningen bij de derde CAL-deelnota", Medisch Contact 1993, 1502.
137. R. DILLMANN en J. LEGEMAATE, "Ethiek, recht en dementie", Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1992, 839.
138. A.W. WIND, N. MENSING VAN CHARANTE en E.J.A. SCHERDER, "Euthanasie bij dementie. Artsen moeten niet behandelverklaring respecteren", Medisch Contact 2002, 1695.
139. M.L. RURUP, B.D. ONWUTEAKA- PHILIPSEN, A. VAN DER HEIDE e.a., "Physicians' experiences with demented patients with advance euthanasia directives in the Netherlands", J.Am.Geriatr.Soc. 2005, 53: 1143.
140. NEDERLANDSE GEZONDHEIDSRAAD, Dementie, Den Haag, Nr. 2002/ 04, 20.

141. S. DEFLOOR en H. NYS, Dementie en de rechten van de patiënt. Overzicht van de wettelijke bepalingen die de levenskwaliteit van personen met dementie en hun omgeving beïnvloeden, Reeks “Naar een dementievriendelijke samenleving”, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2008, 11.
142. Verslag REMANS en DE ROECK van 18 juli 2002, Parl.St. Senaat 2001-02, nr. 2-1250/3, 56.
143. C. VANNIJLEN, “Informed refusal en negatieve wilsverklaringen”, Jura Falc. 2004-05, 172.
144. E. MORBE, De wet betreffende de rechten van de patiënt, Heule, UGA, 2003, 89.
145. Verslag LALOY en VAN RIET van 9 juli 2001, Parl.St. Senaat 2000-01, nr. 2-244/22, 788.
146. Verslag LALOY en VAN RIET van 9 juli 2001, Parl.St. Senaat 2000-01, nr. 2-244/22, 330.
147. R. EEMAN, “Een voorstel van levenstestament” in C. CASTELEIN, A. VERBEKE en L. WEYTS (eds.), Notariële clausules: liber amicorum professor Johan Verstraete, Antwerpen, Intersentia, 2007, 183.
148. H. NYS, De wet op de euthanasie. Beknopte bespreking op basis van de wetsvoorbereiding en eerdere commentaren, Mechelen, Kluwer, 2004, 31 en 38.
149. W. DIJKHOFFZ, CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN en SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN, Je rechten als patiënt, Berchem, EPO, 2008, 134.
150. Verslag LALOY en VAN RIET van 9 juli 2001, Parl.St. Senaat 2000-01, nr. 2-244/22, 1026 e.v.
151. Verslag LALOY en VAN RIET van 9 juli 2001, Parl.St. Senaat 2000-01, nr. 2-244/22, 330.
152. T. VANSWEEVELT, “De Euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid?”, T.Gez. 2002-03, 236.
153. Art. 970 oud BW; F. SWENNEN, Geestesgestoorden in het burgerlijk recht, Antwerpen, Intersentia, 2000, 595.

154. C. DE BUSSCHERE, “Le testament de vie”, Notarius 1998, 301 en 304;.
155. E. DELBEKE, Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde, Antwerpen, Intersentia, 2012, nr. 325 en nr. 1196.
156. Art. 2 KB van 2 april 2003 houdende vaststelling van de wijze waarop de wilsverklaring inzake euthanasie wordt opgesteld, herbevestigd, herzien of ingetrokken, BS 13 mei 2003.
157. W. DE BONDT, “Wilsverklaringen inzake euthanasie en de notaris” in Rechtskroniek voor het notariaat, Deel 3, Brugge, die Keure, 2003, 8-9 en 13.
158. H. NYS, Geneeskunde. Recht en medisch handelen in APR, Mechelen, Kluwer, 2016, 326 en 330.
159. A. VANDEWIELE, “Oude dagregelingen in de notariële praktijk” in L. WEYTS en C. CASTELEIN (eds.), Capita selecta notarieel recht, Leuvense Notariële Geschriften, Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2006, 107.
160. C. DE WULF, J. BAEL en S. DEVOS, Het opstellen van notariële akten, Mechelen, Kluwer, 2011, 549.
161. EHRM 5 juni 2015, Lambert e.a. t. Frankrijk, nr. 46043/14, ro. 178-181, NJW 2015, 630, noot A. COPPENS en CDPK 2015, 561, noot R. DELBAERE.
162. Artikel 9 Verdrag Mensenrechten en Biogeneeskunde (previously expressed wishes).
163. COMMISSIE AANVAARDBAARHEID LEVENSBEËINDIGEND HANDELEN (CAL), Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997, 127.
164. Artikel 15 §2 Wet Patiëntenrechten.
165. Wetsontwerp van 19 februari 2002 betreffende de rechten van de patiënt, Parl. St. Kamer 2001-02, nr. 1642/ 001, 46-47.

166. Contra: S. DEFLOOR en H. NYS, Dementie en de rechten van de patiënt. Overzicht van de wettelijke bepalingen die de levenskwaliteit van personen met dementie en hun omgeving beïnvloeden, Reeks “Naar een dementievriendelijke samenleving”, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2008, 13-14.
167. H. NYS, Geneeskunde. Recht en medisch handelen in APR, Mechelen, Kluwer, 2016, 136.
168. Adv. nr. 16 Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 25 maart 2002 betreffende het weigeren van bloedtransfusie door de getuigen van Jehova, 20, www.health.belgium.be
169. P. MISTIAEN, K. VAN DEN BROECK, I. AJOULAT e.a., Passende zorg in de laatste levensfase – Synthese, KCE Reports 296As, Brussel, 2017, 12.
170. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen van 12 december 2015 betreffende het stopzetten en weigeren van behandelingen, www.ordomedic.be
171. I. GESTELS, H. NYS en J. VANDENBERGHE, “De wet betreffende de rechten van de patiënt: (r)evolutie in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen?”, T.Gen. 2008, 195.
172. G. GENICOT, “Arrêt de traitement, droit à la vie, autonomie personnelle et patients vulnérables. Réflexions autour de l’affaire Vincent Lambert”, JT 2016, 28.
173. Wetsontwerp van 19 februari 2002 betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-02, nr. 1642/001, 42. R. EEMAN, “Een voorstel van levenstestament” in C. CASTELEIN, A. VERBEKE en L. WEYTS (eds.), Notariële clausules: liber amicorum professor Johan Verstraete, Antwerpen, Intersentia, 2007, 184-185.
174. H. NYS, Geneeskunde. Recht en medisch handelen in APR, Mechelen, Kluwer, 2016, 137.
175. R. DESCHEPPER, R. VANDER STICHELE, F. MORTIER en L. DELIENS, Zorgzaam thuis sterven. Een zorgleidraad voor huisartsen, Gent, Academia Press, 2003, 71 e.v.; oude art. 95, lid 3 en 97, lid 4 Code van geneeskundige plichtenleer, www.ordomedic.be

176. Art. 9, §1 Wet Patiëntenrechten; art. 33, lid 1, 9° wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, BS 14 mei 2019.
177. Art. 9, §1, lid 2 Wet Patiëntenrechten; wetsontwerp van 19 februari 2002 betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-02, nr. 1642/001, 29 en 42-43.
178. M.N. VEYS, De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie, Gent, Larcier, 2008, 163.
179. T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS, Het patiëntendossier, Antwerpen, Intersentia, 2011, 35-36.
180. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen van 12 december 2015 betreffende het stopzetten en weigeren van behandelingen, www.ordomedic.be
181. E. DELBEKE, Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde, Antwerpen, Intersentia, 2012, nr. 1204.
182. H. NYS, Geneeskunde. Recht en medisch handelen in APR, Mechelen, Kluwer, 2016, 137.
183. C. DE BUSSCHERE, "Le testament de vie", Notarius 1998, 301.
184. Artikel 8, §4, lid 1 Wet Patiëntenrechten.
185. Artikel 8, §4, lid 4 Wet Patiëntenrechten.
186. T. OPGENHAFFEN, Vrijheidsbeperkingen in de zorg, Antwerpen, Intersentia, 2020, 126 en 137.
187. H. NYS en B. HANSEN, "Wilsverklaring. be. Wegwijs in het web van wilsverklaringen 2.0", Ethische perspectieven 2015, 130-132.
188. X. DIJON, "Entre le droit et la mort. Propositions pour éviter et récuser l'euthanasie", JT 1985, 34-35.
189. Wetsvoorstel van 2 februari 2021 tot wijziging van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt met het oog op het opstellen van een officieel model

- “wilsverklaring gezondheidszorg” en de mogelijkheid tot registratie ervan, Parl.St. Kamer 2020-21, nr. 1774/001, 1 en 4.
190. M.-N. VERHAEGEN, S. OMBELET, T. VAN HIRTUM e.a., Jaarverslag 2019 Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”, Brussel, 2020, 66, www.health.belgium.be
191. Y.H. LELEU, “La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient”, JT 2003, 654.
192. G. GENICOT, Droit médical et biomédical, Brussel, Larcier, 2016, 147, 167-168 en 770-771.
193. G. GENICOT, “Arrêt de traitement, droit à la vie, autonomie personnelle et patients vulnérables. Réflexions autour de l’affaire Vincent Lambert”, JT 2016, 28.
194. E. DELBEKE, Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde, Antwerpen, Intersentia, 2012, nr. 1228 e.v.
195. M.N. VEYS, De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie, Gent, Larcier, 2008, 161-162.
196. EHRM 10 juni 2010, Jehova’s getuigen van Moskou t. Rusland, nr. 302/02
197. EHRM 5 juni 2015, Lambert e.a. t. Frankrijk, nr. 46043/14, NJW 2015, 630, noot A. COPPENS en CDPK 2015, 561, noot R. DELBAERE.
198. Verslag M. GILKINET en H. BROUNS van 8 juli 2002, Parl.St. Kamer 2001-02, nr. 1642/012, 80-82.
199. Wetsontwerp van 19 februari 2002 betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-02, nr. 1642/001, 27-28.
200. H. NYS, “De wet betreffende de rechten van de patiënt”, RW 2002-03, 1128.
201. C. TROUET en I. DREEZEN, “Rechtsbescherming van de patiënt. De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt”, NJW 2003, 8.
202. C. VANNIJLEN, “Informed refusal en negatieve wilsverklaringen”, Jura Falc. 2004-05, 174.

203. Verslag REMANS en DE ROECK van 18 juli 2002, Parl.St. Senaat 2001-02, nr. 2-1250/3, 55-56.
204. E. DELBEKE, Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde, Antwerpen, Intersentia, 2012, nr. 1191.
205. A. MEISEL en K.L. CERMINARA, The right to die. The law of end-of-life decisionmaking, Austin, Aspen Publishers, 2004, 7-7.
206. Verslag M. GILKINET en H. BROUNS van 8 juli 2002, Parl.St. Kamer 2001-2002, nr. 1642/012, 64-65. Bv. Rb. Namen 25 oktober 1991, Journ.Proc. 1991, nr. 203, 26.
207. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen van 15 november 1986 betreffende therapeutische hardnekkigheid, www.ordomedic.be
208. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen van 20 februari 2010 betreffende reanimatie bij extreem vroeggeboren kinderen, www.ordomedic.be
209. Adv. nr. 41 Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 16 april 2007 over de geïnformeerde toestemming en "DNR"-codes, www.health.belgium.be
210. Wetsontwerp van 19 februari 2002 betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-2002, nr. 1642/001, 24.
211. T. VANSWEEVELT, "De Euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid?", T.Gez. 2002-2003, 229.
212. Artikel 5 Wet Patiëntenrechten.
213. H. NYS en S. BLANCQUAERT, "Privaatrechtelijke waarborgen voor de autonomie van de wilsonbekwame patiënt bij het levenseinde", T.P.R. 2001, 2248- 2252.
214. X. DIJON, "Entre le droit et la mort. Propositions pour éviter et récuser l'euthanasie", J.T. 1985, 34.

215. Wetsontwerp van 19 februari 2002 betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-2002, nr. 1642/001, 18.
216. COMMISSIE AANVAARDBAARHEID LEVENSBEËINDIGEND HANDELEN (CAL), Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997, 128.
217. Artikel 14 Euthanasiewet.
218. Verslag M. GILKINET en H. BROUNS van 8 juli 2002, Parl.St. Kamer 2001-2002, nr. 1642/012, 119.
219. H. NYS, Geneeskunde. Recht en medisch handelen in APR, Mechelen, Kluwer, 2016, 136.
220. Oude art. 95, lid 3 en art. 97, lid 4 Code van geneeskundige plichtenleer, www.ordomedic.be
221. Art. 5 Wet Patiëntenrechten.
222. H. NYS en B. HANSEN, "Www.wilsverklaring.be. Wegwijs in het web van de wilsverklaringen", Ethische perspectieven 2009, 158.
223. C. ROMMELAERE, "Euthanasie des « enfants » et des « déments »... Réflexions sur les propositions de loi", T.Gez. 2013-14, 97.
224. Wetsontwerp van 19 februari 2002 betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-2002, nr. 1642/001, 28.
225. Y.H. LELEU, "La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient", JT 2003, 654.
226. R. D'HAESE, "Medische contracten in het licht van het recht op eerbied voor de fysieke integriteit. De informed consent-vereiste als raakpunt", TBBR 2010, 448.
227. Art. 8, §4, lid 4 wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.
228. T. OPGENHAFFEN, Vrijheidsbeperkingen in de zorg, Antwerpen, Intersentia, 2020, 137.

229. Wetsontwerp van 19 februari 2002 betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-2002, nr. 1642/001, 68.
230. Verslag M. GILKINET en H. BROUNS van 8 juli 2002, Parl.St. Kamer 2001-2002, nr. 1642/012, 80 en 119.
231. T. GOFFIN, "Advance directives as an instrument in an ageing Europe", Eur.J.Health L. 2012, 19: 139.
232. G. SCHAMPS, "Les missions légales des proches pour une autonomie effective du patient en fin de vie" in B. FEUILLET-LIGER (ed.), Les proches et la fin de vie médicalisée. Panorama international, Brussel, Bruylant, 2013, 147.
233. Art. 1134, lid 3 oud BW.
234. Art. 9, §1, lid 1 Wet Patiëntenrechten.
235. Art. 14, lid 5 en 6 Euthanasiewet.
236. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen van 20 juni 2020 betreffende DNR-beslissing, www.ordomedic.be
237. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen van Patiënt met een onomkeerbare "ernstige mentale handicap", www.ordomedic.be
238. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen van van 12 december 2015 betreffende het stopzetten en weigeren van behandelingen, www.ordomedic.be
239. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen van van 27 september 2003 betreffende vermelding van DNR in het medisch ziekenhuisdossier, www.ordomedic.be
240. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen van van 22 maart 2003 betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde, www.ordomedic.be

241. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen van van 18 januari 1997 betreffende do not resuscitate, www.ordomedic.be
242. Adv. nr. 41 Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 16 april 2007 over de geïnformeerde toestemming en “DNR”-codes, www.health.belgium.be
243. Art. 32 Code van geneeskundige plichtenleer, op grond waarvan de arts de patiënt tijdig moet verwittigen en de zorgcontinuïteit moet organiseren wanneer de arts van oordeel is dat hij een therapeutische relatie niet kan verderzetten of geen tussenkomst of behandeling kan verlenen, www.ordomedic.be
244. Art. 4 Wet Patiëntenrechten; G. BILLIOUW, “Levensbeëindiging: de visie van een penalist” in De praktijkjurist XI, Gent, Story, 2006, 37.
245. Adv. Nationale Raad van de Orde van artsen; oud art. 97, lid 2 Code van geneeskundige plichtenleer, www.ordomedic.be
246. W. VAN IJPEREN, E. PEETERS, E. DELBEKE, T. VANSWEEVELT en P. CRAS, “Euthanasie bij dementerende personen in België en Nederland: wat is mogelijk en wat is wenselijk?”, T.v.Gen. 2009, 661- 662.
247. Artikel 3, §1 Euthanasiewet.
248. T. VANSWEEVELT, “De Euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid? ”, T.Gez. 2002- 03, 260.
249. S. DEFLOOR en H. NYS, Dementie en de rechten van de patiënt. Overzicht van de wettelijke bepalingen die de levenskwaliteit van personen met dementie en hun omgeving beïnvloeden, Reeks “Naar een dementievriendelijke samenleving”, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2008, 15.
250. Verslagen van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie, bv. het derde verslag aan de wetgevende kamers, 1 januari 2006-31 december 2007, 24.

251. W. VAN IJPEREN, E. PEETERS, E. DELBEKE, T. VANSWEEVELT en P. CRAS, “Euthanasie bij dementerende personen in België en Nederland: wat is mogelijk en wat is wenselijk?”, T.v.Gen. 2009, 662.
252. Tweede verslag van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie aan de wetgevende kamers, 1 januari 2004-31 december 2005, 22.
253. Derde verslag van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie aan de wetgevende kamers, 1 januari 2006-31 december 2007, 24.
254. J. VLAMINCK, “Over de complexiteit van euthanasie bij patiënten met dementie”, De Huisarts 2006, afl. 770, 6-7.
255. W. VAN IJPEREN, E. PEETERS, E. DELBEKE, T. VANSWEEVELT en P. CRAS, “Euthanasie bij dementerende personen in België en Nederland: wat is mogelijk en wat is wenselijk?”, T.v.Gen. 2009, 662.
256. L. DELIENS, C. DE GENDT, I. D’HAENE e.a., Advance care planning: overleg tussen zorgverleners, patiënten met dementie en hun naasten, Reeks “Naar een dementievriendelijke samenleving”, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2009, 23.
257. Artikel 4 §1, lid 1 en §2, lid 1 Euthanasiewet.
258. W. VAN IJPEREN, E. PEETERS, E. DELBEKE, T. VANSWEEVELT en P. CRAS, “Euthanasie bij dementerende personen in België en Nederland: wat is mogelijk en wat is wenselijk?”, T.v.Gen. 2009, 260.
259. S. DEFLOOR en H. NYS, Dementie en de rechten van de patiënt. Overzicht van de wettelijke bepalingen die de levenskwaliteit van personen met dementie en hun omgeving beïnvloeden, Reeks “Naar een dementievriendelijke samenleving”, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2008, 16.

260. R.J.M. DILLMANN, "Vraagstukken rond de behandeling van ernstig demente patiënten", Medisch Contact 1993, 432.
261. T. VANSWEEVELT, "De Euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid?", T.Gez. 2002-03, 260.
262. E. DE KEYSER, "Respect voor het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt: gevolgen voor de wet betreffende de euthanasie", T.Gez. 2005-06, 382- 383.
263. Adv. nr. 14 Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 10 december 2001 betreffende de ethische regels ten aanzien van dementerende personen, 17, www.health.belgium.be
264. Adv. nr. 9 Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 22 februari 1999 betreffende het levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen, 10, www.health.belgium.be
265. Artikel 7 wet van 15 maart 2020 tot wijziging van de wetgeving betreffende de euthanasie, BS 23 maart 2020.
266. C. LEMMENS, "Overzicht en bespreking van de wijzigingen aangebracht aan de euthanasiewetgeving door de wet van 15 maart 2020: goed bedoeld, maar verwarrend en gemiste kansen", T.Gez. 2020-21, 207-213.
267. H. NYS, "De geldingsduur van de euthanasieverklaring", RW 2020-21, 197-200.
268. C. ROMMELAERE, "Euthanasie des "enfants" et des "déments" ... Réflexions sur les propositions de loi", T.Gez. 2013-2014, 91.
269. G. VAN DIJK en E. VAN WIJLICK, "Misverstanden rond euthanasie", Medisch Contact 2009, 1499.
270. E. VAN WIJLICK, "Niet op het laatste moment", Medisch Contact 2005, 858.
271. E. DELBEKE, Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde, Antwerpen, Intersentia, 2012, nr. 1823 en nr. 1942 e.v.

272. H. VAN DEN ENDEN, *Ons levenseinde humaniseren. Over waardig sterven en euthanasie*, Brussel, VUBPress, 2004, 124-125, 134-136 en 175-179.

273. C. LEMMENS, “Medische beslissingen van een demente patiënt aan het einde van zijn leven en het juridisch statuut van advance care planning en voorafgaande wilsverklaringen”, *T.Gez.* 2010-11, 14-21.

274. C. ROMMELAERE, “Euthanasie des “enfants” et des “déments” ... Réflexions sur les propositions de loi”, *T.Gez.* 2013-2014, 89-99.

275. Wetsvoorstel van 9 mei 2012 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, *Parl.St. Senaat* 2011-2012, nr. 5-1611/1.

276. G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Brussel, Larcier, 2016, 801.

277. Wetsvoorstel van 7 juli 2004 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, *Parl.St. Senaat* 2003-2004, nr. 3-804/1.

278. E. DELBEKE, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, Antwerpen, Intersentia, 2012, nr. 2001.

279. Wetsvoorstel van 10 april 2015 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie wat door cerebrale aandoeningen getroffen personen met verworven wilsonbekwaamheid betreft, *Parl.St. Kamer* 2014-15, nr. 1013/001.

280. Wetsvoorstel van 13 november 2019 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie met het oog op het uitbreiden van de wilsverklaring voor verworven wilsonbekwaamheid, *Parl.St. Kamer* 2019-20, nr. 0749/001.

281. L. VAN GORP (ed.), *Kleur geven aan de grijze massa. Ethische vragen over dementie en euthanasie*, Antwerpen, Garant, 2006, 205 p.

282. J. LEPELEIRE, A. BEYEN, M. BURIN e.a., “Euthanasie bij personen met dementie: reflecties van artsen”, *T.v.Gen.* 2009, 666- 670.

283. C.M.P.M. HERTOOGH, "The role of advance euthanasia directives as an aid to communication and shared decision- making in dementia", *J.Med.Ethics* 2009, 35: 100-103.
284. E. DE KEYSER, "Respect voor het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt: gevolgen voor de wet betreffende de euthanasie", *T.Gez.* 2005-06, 383.
285. J. VLAMINCK, "Over de complexiteit van euthanasie bij patiënten met dementie", *De Huisarts* 2006, afl. 770, 6.
286. E. DELBEKE, "Therapiebeperking en euthanasie bij demente patiënten", noot onder Nederlands Centraal Tuchtcollege 19 maart 2019, *T.Gez.* 2019-20, 73-75.
287. E. DELBEKE, "Euthanasie bij demente patiënten: de Hoge Raad brengt verduidelijking", noot onder Hoge Raad 21 april 2020, *T.Gez.* 2020-21, 405-411.
288. C. ROMMELAERE, "Euthanasie des « enfants » et des « déments »... Réflexions sur les propositions de loi", *T.Gez.* 2013-14, 92-93.
289. Wetsvoorstel van 13 november 2019 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie met het oog op het uitbreiden van de wilsverklaring voor verworven wilsonbekwaamheid, *Parl.St. Kamer* 2019-20, nr. 0749/001.
290. W. DISTELMANS, *Voor ik het vergeet. Alles over het levenseinde bij dementie en wilsonbekwaamheid*, Antwerpen, Houtekiet, 2019, 127.
291. L.L. EMANUEL, E.J. EMANUEL, J.D. STOECKLE e.a., "Advance directives. Stability of patients' treatment choices", *Arch. Intern. Med.* 1994, 154: 209-217.
292. D.L. PATRICK, R.A. PEARLMAN, H.E. STARKS e.a., "Validation of preferences for life-sustaining treatment: implications for advance care planning", *Ann. Intern. Med.* 1997, 127: 509-517.
293. M. DANIS, J. GARRETT, R. HARRIS en D.L. PATRICK, "Stability of choices about life-sustaining treatments", *Ann. Intern. Med.* 1994, 120: 567-573.

294. H. NYS, "Levensbeëindiging en dementie. Wat is juridisch mogelijk? Wat is juridisch wenselijk? ", T.v.Gen. 2006, 1690.
295. W. VAN IJPEREN, E. PEETERS, E. DELBEKE, T. VANSWEEVELT en P. CRAS, "Euthanasie bij dementerende personen in België en Nederland: wat is mogelijk en wat is wenselijk?", T.v.Gen. 2009, 664.
296. H. VAN DEN ENDEN, Ons levenseinde humaniseren. Over waardig sterven en euthanasie, Brussel, VUBPress, 2004, 135.
297. COMMISSIE AANVAARDBAARHEID LEVENSBEEINDIGEND HANDELEN (CAL), Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997, 134.
298. R.J.M. DILLMANN, "Vraagstukken rond de behandeling van ernstig demente patiënten", Medisch Contact 1993, 432.
299. M. ADAMS en H. NYS, "Euthanasie in de lage landen. Vergelijkende beschouwingen bij de Belgische Euthanasiewet", T.P.R. 2003, 35.
300. W. VAN IJPEREN, E. PEETERS, E. DELBEKE, T. VANSWEEVELT en P. CRAS, "Euthanasie bij dementerende personen in België en Nederland: wat is mogelijk en wat is wenselijk?", T.v.Gen. 2009, 661.
301. COMMISSIE AANVAARDBAARHEID LEVENSBEEINDIGEND HANDELEN (CAL), Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997, 108- 109 en 138.
302. R.J.M. DILLMANN, "Vraagstukken rond de behandeling van ernstig demente patiënten", Medisch Contact 1993, 432.
303. E. DE KEYSER, "Respect voor het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt: gevolgen voor de wet betreffende de euthanasie", T.Gez. 2005-06, 383.

304. J. VLAMINCK, "Over de complexiteit van euthanasie bij patiënten met dementie", De Huisarts 2006, afl. 770, 6-7.
305. J. VISSER, "Euthanasie bij beginnende dementie", Medisch Contact 2009, 1373-1374.
306. Wetsvoorstel van 17 oktober 2019 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie wat door niet-aangeboren cerebrale aandoeningen getroffen personen met verworven wilsonbekwaamheid betreft, Parl.St. Kamer 2019-20, nr. 0632/001, 3-4.
307. Wetsvoorstel van 13 november 2019 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie met het oog op het uitbreiden van de wilsverklaring voor verworven wilsonbekwaamheid, Parl.St. Kamer 2019-20, nr. 0749/001, 6.
308. L.M. VENY en P. GOES, "Een wereldprimeur: de uitbreiding van de Euthanasiewet naar niet-ontvoogde minderjarigen", RW 2014-2015, 164.
309. Voorstel van resolutie van 11 september 2019 over de evaluatie van de wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002, zoals gewijzigd bij de wet van 28 februari 2014, Parl.St. Kamer BZ 2019, nr. 0308/001 (herneming van Parl.St. Kamer 2017-2018, nr. 2845/001).