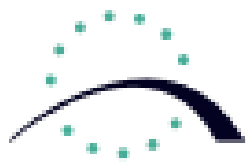


Zorgen over het wetsvoorstel Zorg en Dwang?

*Een onderzoek naar de gevolgen voor gedwongen opname en
vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen door invoering van
het wetsvoorstel Zorg en Dwang*



de Zorgboog
voor alle generaties

Auteur

Tessa Vestjens

Afstudeerorganisatie

De Zorgboog

Helmond, mei 2016

Zorgen over het wetsvoorstel Zorg en Dwang?

*Een onderzoek naar de gevolgen voor gedwongen opname en
vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen door invoering van
het wetsvoorstel Zorg en Dwang*

Auteur
Studentnummer

Tessa Vestjens (student)
2061080

Afstudeerorganisatie
Afstudeermentoren
Afstudeerperiode

De Zorgboog
dhr. drs. J.H. Beljaars & mw. mr. B.J.M. Meijers
februari 2016 t/m mei 2016

Onderwijsinstelling
Opleiding
Locatie

Juridische hogeschool Avans-Fontys
HBO-Rechten
's-Hertogenbosch

Eerste afstudeerdocent
Tweede afstudeerdocent

mw. mr. M.M. Kok
mw. mr. M.E.R. van Remortel

Classificatie

Intern

Helmond, mei 2016

Voorwoord

Op 8 februari 2016 ben ik begonnen met mijn afstudeerstage bij de Zorgboog. De Zorgboog is een organisatie die op veel verschillende gebieden zorg verleent, waaronder ook zorg voor mensen met dementie. Toen ik bij de Zorgboog solliciteerde, werd met enthousiasme gereageerd op mijn sollicitatie en bleek al snel dat zij een onderzoek naar het wetsvoorstel Zorg en Dwang wel zagen zitten.

De Zorgboog heeft mij de opdracht gegeven onderzoek te doen naar de wijzigingen die door de inwerkingtreding van het wetsvoorstel Zorg en Dwang zullen plaatsvinden en wat deze wijzigingen voor de organisatie betekenen. Tijdens het kennismakingsgesprek werd specifiek gevraagd of ik, in het kader van het onderzoek, ook een conceptprocedure voor de Zorgboog wilde opstellen. Het praktijkgerichte karakter sprak mij ontzettend aan waardoor ik al gauw besloten had mijn afstudeeronderzoek binnen deze organisatie te gaan verrichten.

De onderhavige scriptie vormt het resultaat van vier maanden onderzoek bij de Zorgboog. Ik wil dan ook enkele personen bedanken die mij geholpen hebben bij de totstandkoming van deze scriptie. Allereerst mijn twee afstudeermentoren Jeroen Beljaars, specialist ouderengeneeskunde en BOPZ-arts binnen de Zorgboog, en Berry Meijers, secretaris Raad van Bestuur van de Zorgboog. Zij hebben de totstandkoming van deze scriptie nauwlettend gevolgd, mij feedback en adviezen gegeven en mij begeleid gedurende mijn stageperiode. Naast mijn afstudeermentoren wil ik mijn afstudeerdocent Margo Kok bedanken voor alle begeleiding, inhoudelijke feedback en antwoorden op mijn vragen. Tot slot wil ik de medewerkers van de Zorgboog bedanken met wie ik mee heb mogen lopen op de psychogeriatrische afdelingen en kleinschalige woongroepen. Dit 'kijkje in de keuken' heeft er mede voor gezorgd dat ik met veel motivatie, plezier en inbeeldingsvermogen aan dit onderzoek heb gewerkt.

Ik hoop dat ik met dit onderzoek een positieve bijdrage kan leveren voor wat betreft de informatievoorziening omtrent het wetsvoorstel Zorg en Dwang en hetgeen de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel voor de Zorgboog gaat betekenen. Rest mij u veel leesplezier toe te wensen!

Tessa Vestjens

Helmond, mei 2016

Inhoudsopgave

Samenvatting

Lijst van afkortingen

Hoofdstuk 1: Inleiding	8
1.1 De organisatie	8
1.2 Probleembeschrijving	8
1.3 Doelstelling.....	9
1.4 Centrale vraag.....	9
1.5 Verantwoording	9
1.6 Leeswijzer	10
Hoofdstuk 2: Het huidige juridisch kader	11
2.1 De WGBO en wils(on)bekwaamheid	11
2.2 De wet Bopz.....	12
2.2.1 Begrippen	12
2.2.2 Externe rechtspositie	13
2.2.3 Interne rechtspositie.....	15
2.2.4 Soorten vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen.....	18
2.3 De Zorgboog	18
2.3.1 Begrippen	18
2.3.2 Externe rechtspositie	19
2.3.3 Interne rechtspositie.....	19
2.3.4 Soorten vrijheidsbeperkende interventies	24
2.4 Tussenconclusie.....	25
Hoofdstuk 3: Waarom een nieuwe wet gewenst is	26
3.1 Kritiek op Wet Bopz.....	26
3.1.1 Locatie	26
3.1.2 Terminologie	27
3.1.3 Verzet	27
3.1.4 Klachtenregeling	27
3.2 Tussenconclusie.....	28
Hoofdstuk 4: Het toekomstige juridisch kader	29
4.1 Het WZD	29
4.1.1 Begrippen	29
4.1.2 De locatie voor onvrijwillige zorg en niet- en onvrijwillige opname.....	32

4.1.3 Externe rechtspositie	32
4.1.4 Interne rechtspositie.....	35
4.2 Tweede nota van wijziging	38
4.3 Tussenconclusie.....	39
Hoofdstuk 5: De betekenis van de wetswijziging voor de Zorgboog	40
5.1 Algemene verschillen	40
5.2 Begrippen.....	41
5.3 Externe rechtspositie	42
5.4 Interne rechtspositie	43
5.5 De conceptprocedure	45
5.6 Tussenconclusie.....	45
Hoofdstuk 6: Conclusies & aanbevelingen	46
6.1 Conclusies.....	46
6.1.1 Algemene conclusies	46
6.1.2 Conclusies omtrent de begrippen.....	46
6.1.3 Conclusies omtrent de externe rechtspositie.....	46
6.1.4 Conclusies omtrent de interne rechtspositie.....	47
6.2. Aanbevelingen.....	48
6.2.1 Algemene aanbevelingen.....	48
6.2.2 Aanbevelingen omtrent de begrippen.....	48
6.2.3 Aanbevelingen omtrent de externe rechtspositie.....	49
6.2.4 Aanbevelingen omtrent de interne rechtspositie.....	49
Literatuurlijst	50

Samenvatting

In dit onderzoeksrapport wordt de volgende vraag beantwoord: *‘Welke aanbevelingen met betrekking tot gedwongen opname en vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen kunnen door vergelijking van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (hierna: Wet Bopz) met het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: WZD) aan de Zorgboog worden gedaan?’* Naar aanleiding van dit onderzoeksrapport kan de Zorgboog haar procedures rond gedwongen opname en vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen aanpassen.

Dit onderzoeksrapport richt zich op de veranderingen in de wetgeving rond gedwongen opname en vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen voor mensen met een psychogeriatrische aandoening. De Wet Bopz regelt de gedwongen opname en gedwongen behandeling voor mensen die door een geestesstoornis een gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen. De Wet Bopz sluit echter niet (meer) aan op de huidige maatschappij. Na drie evaluaties van de Wet Bopz is gebleken dat er op vier punten veranderingen gewenst zijn: de locatiegebondenheid van de Wet Bopz, de terminologie die voornamelijk toeziet op mensen met psychische stoornissen, het verzetscriterium en de klachtenregeling. Deze veranderingen worden voor mensen met een psychogeriatrische aandoening en verstandelijk beperking in het WZD doorgevoerd. Door middel van het WZD wil de minister bewerkstelligen dat mensen met een psychogeriatrische aandoening en/of een verstandelijk beperking een juiste mate van rechtsbescherming krijgen. Zo is het WZD niet meer afhankelijk van de locatie en is de terminologie beter afgestemd op de doelgroep waarvoor het WZD dient. De Zorgboog vraagt zich dan ook af wat de gevolgen van de wetswijziging voor de organisatie zijn. In dit onderzoek is allereerst het huidige juridisch kader, bestaande uit de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (hierna: WGBO) en de Wet Bopz, geanalyseerd. Tevens is er naar de huidige regelgeving omtrent gedwongen opname en vrijheidsbeperking binnen de Zorgboog gekeken. Vervolgens is onderzocht waarom en op welke punten er veranderingen gewenst zijn. Het onderzoek richt zich hierna op het WZD. Dit wetsvoorstel is, samen met haar memorie van toelichting en andere juridische documenten, inhoudelijk geanalyseerd. Het hoofdstuk daaropvolgend gaat in op de verschillen tussen beide wetten en de betekenis van deze verschillen voor de Zorgboog. Dit hoofdstuk mondt uit in een conceptprocedure voor de Zorgboog.

Naar aanleiding van het onderzoek blijkt dat het WZD op bepaalde punten sterk afwijkt van de Wet Bopz. Zo worden de begrippen ‘dwang’ en ‘gevaar’ uit de Wet Bopz in het WZD vervangen door de begrippen ‘onvrijwillige zorg’ en ‘ernstig nadeel’. Deze begrippen krijgen een geheel andere betekenis. Zo wordt in twee gevallen onder onvrijwillige zorg ook de zorg verstaan waarmee de cliënt of diens vertegenwoordiger wel instemt. Een ander verschil is het stappenplan dat moet worden doorlopen voordat onvrijwillige zorg in het zorgplan mag worden opgenomen en voordat het uiteindelijk mag worden toegepast. Dit stappenplan uit het WZD houdt in dat er veelvuldig multidisciplinair overleg gevoerd moet worden alvorens over te kunnen gaan tot de toepassing van onvrijwillige zorg. Het WZD schrijft concreet voor wat er tijdens deze overleggen besproken moet worden en wie hieraan deel moeten nemen. Dit stappenplan is geheel nieuw ten opzichte van de Wet Bopz. Het WZD schrijft, in tegenstelling tot de Wet Bopz, ook concreet voor met welke regelmaat het zorgplan van cliënt geëvalueerd moet worden.

Geconcludeerd kan worden dat de Zorgboog nog niet aan alle bepalingen van het WZD voldoet en haar interne procedures dus aan zal moeten gaan passen. Zo zal zij bijvoorbeeld het stappenplan van de diverse multidisciplinaire overleggen in moeten gaan voeren en zal zij moeten bekijken hoe zij deze overleggen in gaat vullen. Aan te bevelen is om een nieuwe procedure te schrijven die aansluit bij de wettelijke vereisten uit het WZD.

Lijst van afkortingen

Alternatievenbundel	Alternatievenbundel Vilans
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Besluit ivv	Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging
BW	Burgerlijk Wetboek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
NJB	Nederlands Juristenblad
Rktd Bopz	Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen Bopz
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
Wet Bopz	Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WZD	Wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten
Zvw	Zorgverzekeringswet

Hoofdstuk 1: Inleiding

Op een vroege ochtend in januari 2014 werd mijn vader gebeld door een onbekende vrouw: opa (91 jaar) bleek verward te zijn en nagenoeg zonder kleding en zonder schoenen op straat te staan. Het was dus echt waar, opa bleek steeds meer dement te worden. Binnen de familie speelde de vraag wat er moest gebeuren: werd opa opgesloten in zijn eigen huis of bleef iemand bij hem in huis om te voorkomen dat er nog een dergelijk incident zou voorvallen? Verhuizen was sowieso geen optie, opa had altijd geroepen dat hij niet opgesloten wilde worden in een verzorgings- of verpleeghuis en die wens werd gerespecteerd. Uiteindelijk is ervoor gekozen om bij opa in huis te blijven, omdat het opsluiten van je eigen vader en opa indruist tegen jouw gevoel.

Gedurende mijn zoektocht naar een afstudeeronderwerp stuitte ik op een wetsvoorstel over dwang in de zorg voor mensen met dementie. Door de situatie van mijn opa had het wetsvoorstel direct mijn interesse gewekt en besloot ik dat ik hierop wilde afstuderen. De Zorgboog bleek eveneens geïnteresseerd te zijn in een onderzoek naar het wetsvoorstel.

1.1 De organisatie

De Zorgboog is een organisatie die zorg aanbiedt voor alle generaties. Iedereen, ongeacht zijn of haar leeftijd, kan bij de Zorgboog terecht voor een breed pakket aan wonen, welzijn en zorg in de regio Zuidoost-Brabant.¹ De Zorgboog biedt zorg in woongroepen of zorginstellingen aan, evenals dat zij zorg bij mensen thuis aanbiedt. Onder de dienstverlening van de Zorgboog valt dus ook de zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening. Mensen met een dergelijke aandoening hebben een stoornis in de hersenen die (mede) ontstaan is door ouderdom. Kortgezegd lijden deze mensen aan dementie.² Voor onder andere deze mensen geldt dat wanneer zij tegen hun wil in worden opgenomen, zij worden geplaatst op een afdeling of woongroep met een Bopz-aanmerking en dat zij vallen onder de rechtsbescherming van de Wet Bopz. Een Bopz-aanmerking houdt in dat een afdeling of woongroep door de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur als psychiatrisch ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting is aangewezen.³ Enkel binnen deze afdelingen of woongroepen mag zorg voor onvrijwillig opgenomen mensen worden verleend.⁴ De Zorgboog heeft een aantal afdelingen en woongroepen met een Bopz-aanmerking.⁵

1.2 Probleembeschrijving

Zoals in de vorige paragraaf is vermeld, geldt de Wet Bopz voor mensen die opgenomen worden binnen een Bopz-aangemerkte afdeling of woongroep. Deze mensen kunnen op grond van de artikelen 38 en 39 Wet Bopz te maken krijgen met dwang en vrijheidsbeperking. De Wet Bopz biedt echter geen juridisch kader meer voor de diverse woonvormen die in opkomst zijn, zoals de kleinschalige woongroepen. Daarnaast blijkt uit de terminologie van de Wet Bopz dat deze voornamelijk gericht is op mensen met een psychische stoornis. De wet schrijft namelijk voor dat er een behandelingsplan opgesteld moet worden dat erop gericht is de stoornis zodanig te verbeteren dat het gevaar waarvoor de cliënt is opgenomen, wordt weggenomen.⁶ Bij psychogeriatrische en verstandelijk beperkte mensen is er echter geen verbetering van de stoornis meer mogelijk en kan het behandelingsplan van dergelijke mensen dus nooit voldoen aan de eisen die de Wet Bopz stelt. Onder andere om deze redenen is de wetgever voornemens

¹ www.zorgboog.nl.

² Monitor Langdurige Zorg, www.monitorlangdurigezorg.nl (zoek onder: over MLZ, begrippen, psychogeriatrische aandoening).

³ Artikel 1 lid 1 sub h wet Bopz juncto artikel 1 lid 1 sub a Wet Bopz.

⁴ Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis Bopz, bijlage 1, 2 en 3, *Stcrt.* 2015, 29179, p. 1.

⁵ Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis Bopz, bijlage 1, 2 en 3, *Stcrt.* 2015, 29179, p. 11.

⁶ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 3.

de Wet Bopz voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte mensen te vervangen door het WZD. Het WZD ligt ter beoordeling bij de Eerste Kamer. Dit wetsvoorstel komt voor psychogeriatrische mensen te gelden in plaats van de Wet Bopz.

Omdat ze binnen de Zorgboog niet goed weten wat de veranderingen van het WZD ten opzichte van de huidige Wet Bopz zijn, zij niet weten welke consequenties het wetsvoorstel heeft voor de toepassing van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen, niet bekend is in hoeverre het huidige beleid van de Zorgboog afwijkt van het WZD en hoe de organisatie haar procedures met betrekking tot middelen en maatregelen concreet aan moet passen om aan de eisen uit het wetsvoorstel te voldoen, vinden zij een onderzoek naar het WZD van groot belang. Door het onderzoek moet duidelijk worden wat de invoering van het WZD ten aanzien van gedwongen opname en de toepassing van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen voor de Zorgboog gaat betekenen.

1.3 Doelstelling

De doelstelling luidt:

'Op 30 mei 2016 wordt aan de Zorgboog een onderzoeksrapport opgeleverd, waarin aanbevelingen worden gedaan omtrent de wijzigingen die het WZD met betrekking tot gedwongen opname en vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen met zich mee zal brengen, zodat de Zorgboog aan de hand van het onderzoeksrapport haar procedures met betrekking tot gedwongen opname en vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen aan kan passen aan de wettelijke vereisten die het WZD stelt.'

1.4 Centrale vraag

De vraag die centraal staat in dit rapport is:

'Welke aanbevelingen met betrekking tot gedwongen opname en vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen kunnen door vergelijking van de Wet Bopz met het WZD aan de Zorgboog worden gedaan?'

1.5 Verantwoording

Deze scriptie is tot stand gekomen door het verrichten van zowel theoretisch als praktijkgericht juridisch onderzoek. Het theoretisch onderzoek is voornamelijk verricht middels het analyseren van de inhoud van verschillende literatuur- en rechtsbronnen. De Wet Bopz, het WZD, de memorie van toelichting bij het WZD, brieven van ministers over het WZD, handboeken en representatieve wetenschappelijke artikelen uit vaktijdschriften vormen de belangrijkste bronnen voor het theoretisch onderzoek. Tevens zijn aanverwante wetten gebruikt, zoals het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) en de WGBO. Voor de opzet van deze scriptie is gebruik gemaakt van de Leidraad voor juridische auteurs en het boek Praktijkgericht juridisch onderzoek.⁷

Het praktijkgericht onderzoek ziet toe op de praktijkvoering van de Zorgboog. Om te achterhalen wat er bij de Zorgboog in de praktijk gebeurt, zijn er diverse interne documenten geanalyseerd. Deze documenten zijn in de bijlagen opgenomen. Door het analyseren van deze documenten is de huidige werkwijze van de Zorgboog met betrekking tot vrijheidsbeperking duidelijk geworden. Daarnaast heeft de onderzoeker regelmatig meegelopen met artsen en specialisten binnen diverse psychogeriatrische afdelingen en kleinschalige woongroepen. Door voor het praktijkgedeelte van het onderzoek zowel interne documenten als ervaringen van artsen en de onderzoeker zelf te gebruiken, is gepoogd de aanbevelingen zo veel mogelijk aan te laten sluiten bij de praktijkvoering van de organisatie. Daarnaast heeft de combinatie van praktijkervaringen en interne documenten geholpen bij het opstellen van de conceptprocedure voor de Zorgboog.

⁷ Bastiaans en Van Schaijk.

1.6 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt de Wet Bopz ten aanzien van gedwongen opname en vrijheidsbepalende middelen en maatregelen inhoudelijk geanalyseerd. In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk komt de huidige procedure van de Zorgboog aan de orde. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens weergegeven waarom er een nieuwe wet moet komen. Hoofdstuk 4 is een volledig theoretisch hoofdstuk dat ingaat op het toekomstige juridisch kader, het WZD. In hoofdstuk 5 worden de concrete verschillen tussen de Wet Bopz en het WZD weergegeven en wordt geconcludeerd wat deze verschillen voor de Zorgboog betekenen. Dit hoofdstuk mondt uit in een conceptprocedure voor de Zorgboog waarin de vereisten uit het WZD zijn verwerkt. In het laatste hoofdstuk worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. Dit hoofdstuk vormt tevens het antwoord op de centrale vraag.

Voor de leesbaarheid verdient aandacht dat waar in deze scriptie 'hij' en 'zijn' staat geschreven, ook 'zij' en 'haar' gelezen kan worden. Dit geldt vice versa. Daarnaast wordt in het WZD verwezen naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ). De AWBZ is per 1 januari 2015 vervangen door de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz). Omdat de AWBZ niet meer in werking is, zal, daar waar het WZD naar de AWBZ verwijst, in deze scriptie naar de betreffende bepalingen uit de Wlz verwezen worden.

Hoofdstuk 2: Het huidige juridisch kader

In dit hoofdstuk is een analyse opgenomen van het juridisch kader zoals dat op dit moment geldt. De analyse is opgebouwd vanaf een algemeen gedeelte, de WGBO, en wordt in de tweede paragraaf vervolgd met een analyse van de Wet Bopz. Gezien de Zorgboog met betrekking tot de Wet Bopz alleen te maken heeft met mensen die lijden aan een psychogeriatrische stoornis in een Bopz-aangemerkte verpleeginrichting, worden alleen de wettelijke vereisten geanalyseerd die op deze doelgroep van toepassing zijn. In de derde paragraaf worden de resultaten van het onderzoek naar de huidige gang van zaken rondom vrijheidsbeperking binnen de Zorgboog weergegeven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een tussenconclusie.

2.1 De WGBO en wils(on)bekwaamheid

Mensen die met zorg, in welke vorm dan ook, te maken krijgen, vallen automatisch onder de WGBO. De WGBO is geïntegreerd in het zevende boek van het BW, meer specifiek in titel 7, afdeling 5. In boek 7 van het BW zijn de bijzondere overeenkomsten geregeld en voor een geneeskundige behandeling sluit men immers een bijzondere overeenkomst met een hulpverlener, de zogenaamde geneeskundige behandelingsovereenkomst.⁸ Door een geneeskundige behandelingsovereenkomst te sluiten, verbindt men zich met een hulpverlener om handelingen op het gebied van de geneeskunst te laten verrichten. Wanneer men zich bij de huisarts laat onderzoeken, wanneer men geopereerd wordt in het ziekenhuis of wanneer men verpleegd wordt in een verpleegtehuis, al deze gevallen zijn handelingen op het gebied van de geneeskunst en hiervoor geldt dan ook de WGBO.⁹ De WGBO regelt de rechten en plichten van mensen die medische zorg nodig hebben. Zo schrijft deze wet onder andere voor dat een hulpverlener informatie aan de patiënt moet verstrekken en er voor een medische behandeling toestemming van de patiënt verkregen moet worden.¹⁰ In bepaalde situaties kan het voorkomen dat een toestemming niet gegeven of afgewacht kan worden. Vaak hangen deze situaties samen met de geestesstoornis van deze mensen.

Zoals hierboven is geschetst, geldt volgens artikel 7:450 lid 1 BW voor een medische behandeling het toestemmingsvereiste. Voordat een behandeling toegepast wordt, moet de cliënt hier toestemming voor geven. Bij mensen met een psychogeriatrische stoornis komt het wel eens voor dat zij zelf niet meer in staat zijn om toestemming te geven, zo ook bij cliënten van de Zorgboog. Wanneer een cliënt niet meer in staat is om een beslissing omtrent de mogelijke behandeling te nemen, niet begrijpt wat de gevolgen zijn van zijn besluit en de informatie van de behandeling niet meer kan begrijpen en afwegen, wordt hij voor die specifieke behandeling wilsonbekwaam verklaard door de behandelend arts.¹¹ Wanneer een cliënt wilsonbekwaam is verklaard, is de behandelend arts wel verplicht alle informatie omtrent de behandeling aan de cliënt te verstrekken en dient de toestemming voor de behandeling gevraagd te worden aan een (wettelijk) vertegenwoordiger van de cliënt. Deze vertegenwoordiger kan door de rechter worden benoemd, een zogenaamde mentor of curator.¹² Ook kan de vertegenwoordiger een gemachtigde van de cliënt zijn. Deze persoon is dan door de cliënt zelf als vertegenwoordiger aangewezen. Indien niemand als vertegenwoordiger of gemachtigde is aangewezen, wordt toestemming gevraagd aan de echtgenoot, geregistreerde partner, andere levensgezel. Bij het ontbreken van deze persoon wordt toestemming gevraagd aan de ouder, broer of zus van de cliënt.¹³

⁸ Artikel 7:446 lid 1 BW.

⁹ Artikel 7:446 lid 2 en 3 BW.

¹⁰ Artikel 7:448 en artikel 7:450 lid 1 BW.

¹¹ 'Wilsonbekwaamheid', *Rijksoverheid*, www.dwangindezorg.nl (zoek op: *wilsonbekwaam*).

¹² Artikel 7:465 lid 2 BW.

¹³ Artikel 7:465 lid 3 BW.

In eerste instantie geldt de WGBO voor iedereen die met een medische behandeling te maken krijgt. Men kan daarnaast ook te maken krijgen met de Wet Bopz. Indien er sprake is van een gedwongen opname, wordt er een inbreuk gemaakt op het recht dat niemand, buiten de gevallen in de wet geregeld, van zijn vrijheid ontnomen mag worden.¹⁴ Hieruit blijkt dat een inbreuk op dit vrijheidsrecht alleen gerechtvaardigd is als dit bij wet geregeld is. De Wet Bopz is zo'n wet die dit vrijheidsrecht beperkt.¹⁵ In het geval van een gedwongen opname krijgt men dus met de WGBO én met de Wet Bopz te maken. Wanneer er bepalingen zijn die zowel in de WGBO als in de Wet Bopz geregeld zijn, gelden alleen voor de dubbel geregelde onderwerpen de bepalingen uit de Wet Bopz. De WGBO wordt dan als *lex generalis* aangemerkt, de Wet Bopz wordt de *lex specialis* genoemd.

2.2 De wet Bopz

De Wet Bopz is in 1994 ter vervanging van de Krankzinnigenwet in werking getreden. De Wet Bopz stelt regels ter bescherming van kwetsbare patiënten of proefpersonen.¹⁶ Meer specifiek regelt de Wet Bopz de gedwongen opname en gedwongen behandeling van personen die door een geestesstoornis een gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen.¹⁷ Mensen die enkel lijden aan een somatische aandoening vallen niet onder de Wet Bopz maar onder de WGBO, omdat deze mensen niet lijden aan een geestesstoornis en in principe geen gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen. In deze paragraaf wordt voornamelijk ingezoomd op de (toepassing van) vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen in het kader van de Wet Bopz. Allereerst zullen enkele veelvoorkomende begrippen uitgelegd worden. Vervolgens zal besproken worden voor welke mensen vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen kunnen gelden, de zogenaamde externe rechtspositie. Hierna wordt nader ingegaan op de interne rechtspositie: wanneer mogen vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen toegepast worden en welke wettelijke eisen stelt de Wet Bopz rond het toepassen van dwang?

2.2.1 Begrippen

Ter verduidelijking volgt eerst een korte beschrijving van begrippen die in deze paragraaf regelmatig gebruikt zullen worden. De omschrijvingen sluiten aan bij hetgeen in de Wet Bopz is bepaald.

Stoornis van de geestvermogens

Onder 'stoornis van de geestvermogens' wordt op grond van artikel 1 lid 1 sub d Wet Bopz verstaan: een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Een psychogeriatrische aandoening is een ziekelijke stoornis van de geestvermogens.¹⁸

Gevaar

Onder 'gevaar' wordt conform artikel 1 lid 1 sub f Wet Bopz verstaan:

- Gevaar voor degene die het veroorzaakt, hetgeen onder meer bestaat uit:
 - Dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
 - Dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat;
 - Dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;
 - Dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.
- Gevaar voor een of meer anderen, hetgeen onder meer bestaat uit:

¹⁴ Artikel 15 Grondwet juncto artikel 5 Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.

¹⁵ Zie hiervoor paragraaf 2.2.2.

¹⁶ Boot 2013, p. 377.

¹⁷ 'Evaluatierapport 'Voortschrijdende inzichten', derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz', Den Haag: Ministerie VWS 2007, p.10.

¹⁸ Tervoort 2010, p. 4.

- Het gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
- Het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
- Het gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.
- Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

Geneesheer-directeur

Artikel 1 lid 3 Wet Bopz geeft aan dat een geneesheer-directeur een arts is die belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrisch ziekenhuis.

2.2.2 Externe rechtspositie

Alvorens inhoudelijk in te gaan op de vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen is het belangrijk om te weten wanneer vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen een rol spelen.

Mensen met een psychogeriatrische stoornis die niet meer thuis kunnen blijven wonen, komen vaak terecht op een gesloten afdeling in een verpleeghuis of in een kleinschalige woongroep. Zoals in paragraaf 1.1 is vermeld, is het wettelijk verplicht dat deze instellingen en woongroepen een Bopz-aanmerking hebben. Alleen binnen die instellingen en woongroepen kan de Wet Bopz worden toegepast. De Wet Bopz geldt dus niet voor zorg in extramurale situaties, voor dergelijke situaties geldt de WGBO. Wanneer mensen tegen hun wil in worden opgenomen, wordt er gesproken van een dwangopname ofwel onvrijwillige opname. Mensen kunnen echter ook vrijwillig opgenomen worden. Omdat er dan geen sprake is van verzet en dwang en de Wet Bopz voor die gevallen niet geldt, wordt de vrijwillige opname in dit rapport buiten beschouwing gelaten. De Wet Bopz onderscheidt binnen de onvrijwillige opname drie verschillende opnameprocedures die hieronder besproken zullen worden.

De rechterlijke machtiging

De procedure van de rechterlijke machtiging staat beschreven in de artikelen 2 tot en met 19 van de Wet Bopz. De rechterlijke machtiging kent een aantal vormen: de voorlopige machtiging, de voorwaardelijke machtiging en de machtiging tot voortgezet verblijf. De voorwaardelijke machtiging kan blijkens artikel 14a lid 2 sub b Wet Bopz niet toegepast worden op mensen binnen een verpleeg- of zwakzinnigeninrichting. Om die reden wordt de voorwaardelijke machtiging in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

De voorlopige machtiging

Op grond van artikel 2 lid 1 Wet Bopz kan de rechter op vordering van de officier van justitie een voorlopige machtiging afgeven om iemand met een geestesstoornis te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Conform artikel 2 lid 2 Wet Bopz moet er voor een voorlopige machtiging voldaan worden aan twee eisen. Allereerst moet de rechter van oordeel zijn dat door de geestesstoornis gevaar wordt veroorzaakt. Ten tweede moet de rechter vaststellen dat dit gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Uit artikel 2 lid 3 Wet Bopz valt af te leiden dat een voorlopige machtiging aangevraagd dient te worden wanneer er geen bereidheid tot opneming bestaat bij de betrokkene. Een verzoek tot een voorlopige machtiging kan blijkens artikel 4 Wet Bopz bij de officier van justitie worden ingediend door de echtgenoot, een of beide ouders, elke meerderjarige bloedverwant in rechte lijn, voogd, curator of mentor van betrokkene. Het voorlopige karakter van deze rechterlijke machtiging zit in de duur. Op grond van artikel 10 lid 4 Wet Bopz heeft de voorlopige machtiging namelijk een geldigheidsduur van maximaal zes maanden.

De machtiging tot voortgezet verblijf

Naast de voorlopige machtiging kan de rechter ook een machtiging tot voortgezet verblijf afgeven. De machtiging tot voortgezet verblijf wordt afgegeven aan een persoon die op basis van een voorlopige machtiging in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft.¹⁹ De machtiging tot voortgezet verblijf kan dus alleen worden afgegeven als er een voorlopige machtiging ligt. Naast dit eerste vereiste wordt in artikel 15 lid 2 Wet Bopz nog gesteld dat de geestesstoornis na afloop van de voorlopige machtiging nog aanwezig moet zijn en dat het gevaar door de stoornis aanwezig moet blijven. Tevens moet het gevaar niet buiten het psychiatrisch ziekenhuis om kunnen worden afgewend. Conform artikel 17 lid 1 Wet Bopz moet het verzoekschrift tot het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf uiterlijk vijf weken voor het aflopen van de lopende machtiging ingediend worden. Dit houdt in dat deze machtiging ingediend moet worden als de voorlopige machtiging nog geldt. De machtiging tot voortgezet verblijf geldt in principe voor maximaal één jaar, maar voor mensen in een verpleeginrichting kan, onder voorwaarden, een machtiging verleend worden voor maximaal vijf jaar.²⁰ De voorwaarden die hiervoor gelden zijn dat te verwachten valt dat de geestesstoornis het gevaar blijft veroorzaken en dat het gevaar niet buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.²¹ Het afgeven van een machtiging tot voortgezet verblijf voor psychogeriatrische mensen met een termijn van maximaal vijf jaar is een logische keuze van de wetgever. Doordat de stoornis van mensen met een psychogeriatrische aandoening niet meer te genezen is, het gevaar dat zij veroorzaken in de meeste gevallen voortkomt uit die stoornis en dit niet op een andere manier dan door opname afgewend kan worden, zal de machtiging tot voortgezet verblijf in veel gevallen voor langere termijn afgegeven worden. De termijn van vijf jaar zorgt voor een besparing van onder andere administratieve lasten. Zo hoeft er namelijk niet jaarlijks een nieuwe rechterlijke machtiging aangevraagd te worden.

In beide vormen van rechterlijke machtiging is de rechter van team civiel, meer specifiek op het gebied van personen- en familierecht, bevoegd kennis te nemen van het verzoekschrift.²² Conform artikel 7 lid 1 Wet Bopz is de rechtbank in het arrondissement van de woonplaats van betrokkene bevoegd om te beslissen op het verzoek om een rechterlijke machtiging. In het geval van de Zorgboog is, gezien de locaties gelegen zijn in Zuidoost-Brabant, de rechtbank Oost-Brabant bevoegd.

De inbewaringstelling

Er zullen zich ook situaties voordoen waarbij een officieel verzoek aan de officier van justitie en een beslissing van de rechter niet afgewacht kunnen worden. Voor dergelijke situaties kan een last tot inbewaringstelling uitkomst bieden. Op grond van artikel 20 lid 1 Wet Bopz is de burgemeester bevoegd om een last tot inbewaringstelling af te geven voor een persoon die zich in zijn gemeente bevindt en die zich niet bereid verklaart voor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Voordat een last tot inbewaringstelling afgegeven kan worden, moet de burgemeester conform artikel 20 lid 2 Wet Bopz van oordeel zijn dat betrokkene gevaar veroorzaakt, een ernstig vermoeden hebben dat het gevaar wordt veroorzaakt door een stoornis aan de geestvermogens, oordelen dat het gevaar zo onmiddellijk dreigend is dat een rechterlijke machtiging niet afgewacht kan worden en het gevaar niet anders dan door opname in een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.

Nadat de last tot inbewaringstelling door de burgemeester is afgegeven, stelt hij blijkens artikel 25 Wet Bopz binnen 24 uur de officier van justitie op de hoogte. De officier moet binnen één werkdag beoordelen of het gevaar op grond waarvan betrokkene is opgenomen zich nog voordoet. Als dit gevaar zich nog voordoet, dient hij een verzoek in

¹⁹ Artikel 15 lid 1 Wet Bopz.

²⁰ Artikel 17 lid 3 juncto lid 4 Wet Bopz.

²¹ Artikel 17 lid 4 juncto artikel 2 lid 2 Wet Bopz.

²² Artikel 1 lid 4 Wet Bopz.

bij de rechter ter voortzetting van de machtiging van inbewaringstelling.²³ Deze machtiging mag conform artikel 30 Wet Bopz voor maximaal drie weken worden verleend. Als de cliënt vervolgens langer tegen zijn wil in opgenomen moet blijven, dient er een rechterlijke machtiging aangevraagd worden.

Zowel de rechterlijke machtiging als de inbewaringstelling zijn opnameprocedures voor mensen die zich verzetten tegen een opname. Het verschil tussen de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling is gelegen in de spoedeisendheid. Wanneer er sprake is van acuut gevaar of wanneer er een noodsituatie ontstaat, wordt er gekozen voor een inbewaringstelling. In een dergelijk geval kan een machtiging van de rechter namelijk niet afgewacht worden.

De artikel 60 Wet Bopz-procedure

Opname op grond van artikel 60 Wet Bopz kan alleen plaatsvinden als betrokkene zich niet verzet en ook niet bereid toont voor opname. In het geval dat de betrokkene zelf niet meer aan kan geven of hij wel of niet opgenomen wil worden, kan een opname alleen geschieden nadat een onafhankelijke commissie heeft geoordeeld dat er daadwerkelijk geen sprake is van verzet, betrokkene geen bereidheid toont en de commissie oordeelt dat er een noodzaak tot opname is. Deze commissie wordt gevormd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: CIZ).²⁴ Het CIZ komt bij de betrokkene op bezoek en beoordeelt aan de hand van dit bezoek of er een noodzaak tot opname bestaat. De noodzaak voor een opname is volgens artikel 60 lid 4 Wet Bopz juncto artikel 4 lid 2 Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging (hierna: Besluit ivv) aanwezig als de betrokkene zich door zijn geestesstoornis niet meer buiten een inrichting kan handhaven. Het CIZ dient de beoordeling conform artikel 8 lid 1 Besluit ivv binnen zes weken af te geven. De beoordeling geeft de geldigheidsduur van de beslissing weer. Het besluit van het CIZ kan voor onbepaalde tijd worden afgegeven.²⁵ Tegen dit besluit kan geen bezwaar gemaakt worden. De betrokkene kan het niet eens zijn met het besluit van het CIZ. In een dergelijk geval is er sprake van verzet en kan opname op grond van artikel 60 Wet Bopz niet meer geschieden. Er wordt dan namelijk niet meer voldaan aan het vereiste van 'geen bereidheid, geen verzet'. Er zou dan eventueel een rechterlijke machtiging aangevraagd kunnen worden.

Aan de hand van lid 1 van artikel 60 Wet Bopz zou beredeneerd kunnen worden dat een opname op grond van dit artikel eveneens onvrijwillig geschiedt. Het verschil is gelegen in het feit dat er bij de artikel 60 Wet Bopz-procedure géén sprake is van verzet en er bij de rechterlijke machtiging en inbewaringstelling wel sprake is van verzet tegen de opname.²⁶

2.2.3 Interne rechtspositie

Uit de vorige paragraaf blijkt dat vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen van toepassing kunnen zijn op mensen die middels een rechterlijke machtiging, inbewaringstelling of een artikel 60 Wet Bopz-procedure zijn opgenomen. De volgende vraag die dan gesteld kan worden is: wanneer mogen vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen ingezet worden? Hiermee wordt de interne rechtspositie gedeut. De wet maakt een onderscheid in behandeling op basis van het niet geaccepteerde behandelingsplan, als zijnde dwangbehandeling, en de toepassing van middelen en maatregelen in een noodsituatie. Omdat het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen niet altijd helder is, worden beide onderwerpen in deze paragraaf uitgebreid behandeld.

²³ Artikel 27 lid 1 Wet Bopz.

²⁴ 'Onderzoek in een artikel 60-procedure', *Rijksoverheid*, www.dwangindezorg.nl (zoek op: *artikel 60 wet Bopz*).

²⁵ Artikel 12 Besluit ivv.

²⁶ 'Onderzoek in een artikel 60-procedure', *Rijksoverheid*, www.dwangindezorg.nl (zoek op: *artikel 60 wet Bopz*).

Uit artikel 37b lid 1 Wet Bopz en de memorie van toelichting blijkt dat artikel 38 Wet Bopz van toepassing is op psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte mensen binnen een verpleeg- of zwakzinnigeninrichting en dat de artikelen 38a, 38b en 38c Wet Bopz van toepassing zijn op mensen in de sector psychiatrie.²⁷ Omdat dit rapport gericht is op zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening, wordt er alleen ingegaan op de artikelen die voor hen van toepassing zijn.

Behandelingsplan

Om te bekijken of er sprake is van dwangbehandeling of middelen en maatregelen moet er gekeken worden naar (de inhoud van) het behandelingsplan. Op grond van artikel 38 lid 1 juncto artikel 61 Wet Bopz moet de geneesheer-directeur zorgen dat de voor de behandeling verantwoordelijke persoon zo spoedig mogelijk na de opname een behandelingsplan opstelt. Dit plan moet ook besproken worden met de cliënt. De voor de behandeling verantwoordelijke persoon wordt schriftelijk en zo spoedig mogelijk na de opname door het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis aangewezen en aan de familie bekendgemaakt. Alvorens het behandelingsplan vastgesteld wordt, pleegt de voor de behandeling verantwoordelijke persoon blijkens artikel 38 lid 2 Wet Bopz overleg met de instelling of psychiater die de cliënt voorafgaand aan zijn opname heeft behandeld dan wel begeleidde. Artikel 1 lid 6 Wet Bopz bepaalt dat voor mensen met een psychogeriatrische aandoening overleg gevoerd mag worden met de specialist ouderengeneeskunde. Artikel 38 lid 2 Wet Bopz schrijft vervolgens nog voor dat de huisarts voorafgaand aan het opstellen van het behandelingsplan geraadpleegd moet worden.

Op grond van artikel 38 lid 3 Wet Bopz moet het behandelingsplan erop gericht zijn om de stoornis zodanig te behandelen dat het gevaar waarvoor de cliënt is opgenomen, wordt weggenomen. Het behandelingsplan bevat de doelstelling of reeks van doelstellingen en een aantal afspraken over de wijze waarop de doelstelling(en) zal (zullen) worden bereikt.²⁸ Conform artikel 2 Besluit rechtspositieregelen Bopz worden in het behandelingsplan ten minste de therapeutische middelen opgenomen die ook daadwerkelijk toegepast zullen worden. Tevens dient het behandelingsplan zodanig opgesteld te worden dat een regelmatige toetsing van die middelen en de bereikte resultaten mogelijk is. In artikel 2 Besluit rechtspositieregelen Bopz wordt gesproken over therapeutische middelen. Met therapeutische middelen wordt hetzelfde bedoeld als middelen en maatregelen uit de Wet Bopz. Het betreft namelijk de middelen en maatregelen die worden toegepast om een verbetering van de geestesstoornis te bereiken, zodat het gevaar waarvoor de cliënt is opgenomen, wordt weggenomen.²⁹ Opmerkelijk is dat de Wet Bopz geen termijn stelt voor de toetsing van het behandelingsplan. Het is dus aan de zorginstanties zelf om te bepalen wat zij onder regelmatige toetsing verstaan.

Wanneer de behandelaar uit artikel 38 lid 2 Wet Bopz beslist dat de cliënt zelf niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de voorgestelde behandeling, dus als de cliënt wilsonbekwaam is, bespreekt de voor de behandeling verantwoordelijke persoon het behandelingsplan met de (wettelijk) vertegenwoordiger dan wel gemachtigde van de cliënt. Indien er geen vertegenwoordiger of gemachtigde van de cliënt is benoemd, wordt de echtgenoot, ouder, kind, broer of zus geraadpleegd. Wanneer er geen overeenstemming over het behandelingsplan is bereikt met de cliënt dan wel diens vertegenwoordiger of gemachtigde, kan conform artikel 38 lid 5, eerste en tweede volzin, Wet Bopz in principe geen behandeling worden toegepast.

²⁷ Kamerstukken II 2005/06, 30492, nr. 3, onderdeel F.

²⁸ Leenen e.a. 2014, p. 195.

²⁹ Artikel 2 lid 1 Besluit rechtspositieregelen Bopz.

Dwangbehandeling

De derde volzin van artikel 38 lid 5 Wet Bopz geeft weer dat behandeling conform het niet geaccepteerde behandelingsplan wel plaats mag vinden als het volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor betrokkene of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden. In dit geval spreken we van een behandeling onder dwang, omdat macht wordt uitgeoefend tegen iemands wil in en diegene zo wordt genoodzaakt om de behandeling te ondergaan. Voor het inzetten van dwangbehandeling gelden de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Dit houdt in dat het ingezette middel in verhouding moet staan tot het gevaar en de meest lichte maatregel moet worden gebruikt.³⁰ Daarnaast stelt de Hoge Raad dat er ook voldaan moet worden aan het beginsel van doelmatigheid. Dit beginsel houdt in dat de toegepaste dwangbehandeling effectief moet zijn in de gegeven situatie.³¹ De wet stelt geen eisen aan de duur van de dwangbehandeling. Wanneer het gevaar is weggenomen, vervalt de grondslag voor een dwangbehandeling en moet de dwangbehandeling stoppen.

In het geval van dwangbehandeling meldt de geneesheer-directeur dit conform artikel 38 lid 6 Wet Bopz aan de inspectie voor de gezondheidszorg (hierna: IGZ). Daarbij vermeldt hij de namen van degenen die verantwoordelijk zijn voor de behandeling en de redenen voor het toepassen van de dwangbehandeling. Na het beëindigen van de dwangbehandeling wordt de IGZ hiervan op de hoogte gebracht en stelt de inspectie een onderzoek in naar de zorgvuldigheid rond de besluitvormingsprocedure om tot een dergelijke dwangbehandeling over te gaan en de toepassing van de behandeling.³² De kennisgeving van de toepassing van dwangbehandeling en het beëindigen van dwangbehandeling aan de IGZ vindt plaats middels een formulier dat door de minister wordt voorgeschreven.³³ Deze formulieren zijn te vinden in bijlage I en II van de Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz (hierna: Rktd Bopz).³⁴

Middelen en maatregelen

Conform artikel 39 Wet Bopz kunnen middelen en maatregelen alleen buiten het behandelingsplan om worden toegepast als er sprake is van een tijdelijke noodsituatie welke door de cliënt in het psychiatrisch ziekenhuis als gevolg van de geestesstoornis wordt veroorzaakt. Uit dit artikel blijkt het verschil met de dwangbehandeling. In beide gevallen is er weliswaar sprake van onvrijwillige behandeling, maar bij dwangbehandeling wordt de behandeling, ondanks dat het behandelingsplan niet geaccepteerd is, toch toegepast als dit noodzakelijk is ter afwending van gevaar. Middelen en maatregelen die niet in het behandelingsplan zijn opgenomen mogen alleen worden toegepast in een noodsituatie. Onder een noodsituatie wordt een situatie verstaan waarvoor niets in het behandelingsplan is geregeld en waarbij niets anders dan het toepassen van middelen of maatregelen kan helpen.³⁵ Te denken valt aan de situatie dat iemand plots heel opstandig of agressief wordt tegen zorgverleners of medebewoners en hiervoor gefixeerd moet worden. Naast de eisen uit de wet moet bij toepassing van artikel 39 Wet Bopz ook worden voldaan aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.³⁶ Artikel 39 lid 2 Wet Bopz juncto artikel 3 van het Besluit middelen en maatregelen Bopz stelt dat middelen en maatregelen voor maximaal zeven dagen mogen worden toegepast. Blijkens artikel 39 lid 3 Wet Bopz geeft de geneesheer-directeur zo spoedig mogelijk na het begin van de toepassing van een middel of maatregel hiervan kennis aan de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger of een familielid van de cliënt. Tevens meldt

³⁰ Leenen e.a. 2014, p. 195.

³¹ HR 10 juli 2009, ECLI:NL:HR:2009:BI5924.

³² Artikel 38 lid 7 Wet Bopz.

³³ Artikel 39a Wet Bopz.

³⁴ Artikel 1 lid 1 Rktd Bopz.

³⁵ 'Middelen en maatregelen in een noodsituatie', *Rijksoverheid*, www.dwanginzorg.nl (zoek op: *middelen en maatregelen*).

³⁶ Rb Maastricht 11 juli 2012, ECLI:NL:2012:BX2205.

de geneesheer-directeur de inzet van een middel of maatregel aan de IGZ. Dit geldt eveneens voor het beëindigen van het middel of de maatregel. Deze kennisgeving en beëindiging geschiedt blijkens artikel 39 lid 3 Wet Bopz middels een door de minister voorgeschreven formulier. Deze formulieren zijn te vinden in bijlage III en IV van de Rktd Bopz.³⁷

Omdat de toepassing van middelen en maatregelen van tijdelijke aard is, het mag voor maximaal zeven dagen worden toegepast, moet er gekeken worden naar wat er gebeurt als deze termijn is afgelopen maar het gevaar nog niet voorbij is. In dit geval kan de behandelaar de middelen of maatregelen opnemen in het behandelingsplan. Wanneer de cliënt of diens vertegenwoordiger niet instemt met het opnemen van de middelen en maatregelen in het behandelingsplan, krijgt men te maken met de procedure rond dwangbehandeling zoals reeds omschreven in paragraaf 2.2.3 onder het kopje 'dwangbehandeling'.

2.2.4 Soorten vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen

In samenhang met artikel 39 lid 1 Wet Bopz omschrijft artikel 2 van het Besluit middelen en maatregelen Bopz de verschillende vormen van middelen en maatregelen die op basis van de Wet Bopz kunnen worden toegepast. Zo wordt er een onderscheid gemaakt in:

- Afzondering: het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde kamer;
- Separatie: het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt, niet zijnde een patiënt verblijvend in een verpleeginrichting, in een speciaal daarvoor door de minister goedgekeurde afzonderlijke ruimte;
- Fixatie: het op enige wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden;
- Medicatie: het aan een patiënt toedienen van medicatie;
- Het aan een patiënt toedienen van voeding en vocht.

Zoals uit het bovenstaande afgeleid kan worden, wordt separatie niet toegepast bij mensen die verblijven in een verpleeginrichting. Separatie wordt in dit rapport dan ook buiten beschouwing gelaten.

2.3 De Zorgboog

De Zorgboog heeft haar zaken rondom de Bopz-wetgeving in diverse interne procedures en werkprocessen vastgelegd. Alleen de interne documenten die van toepassing zijn op de te behandelen onderwerpen ten aanzien van vrijheidsbeperking zullen worden gebruikt. Deze documenten zijn te raadplegen in de bijlagen. Deze paragraaf heeft verder dezelfde opzet als paragraaf 2.

2.3.1 Begrippen

Binnen de Zorgboog is er een uniforme begripsbepaling opgesteld, zodat voor iedere medewerker duidelijk is wat er met bepaalde begrippen wordt bedoeld. Voor het onderzoek naar de procedures van de Zorgboog wordt dan ook met de interne benamingen en begrippen gewerkt. Zo wordt in deze paragraaf gesproken over de Bopz indicatiecommissie, dit wordt gelijkgesteld met het CIZ. De Bopz-arts wordt gelijkgesteld met de geneesheer-directeur en vrijheidsbeperkende interventies wordt binnen de Zorgboog als term gebruikt voor vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen. Onderstaand worden drie begrippen kort uitgelegd, omdat deze begrippen afwijken van de Bopz-wetgeving of een korte omschrijving behoeven.

³⁷ Artikel 2 Rktd Bopz.

Behandelend arts³⁸

De behandelend arts is de arts die de verantwoordelijkheid draagt voor de geneeskundige behandeling van en rond de cliënt en diens familie. Tevens is deze arts het aanspreekpunt voor de cliënt, diens familie en de overige specialisten. Binnen de Zorgboog is de behandelend arts een specialist ouderengeneeskunde. Iedere specialist ouderengeneeskunde heeft zijn eigen afdeling en/of locatie. Binnen de Zorgboog zijn er in totaal tien specialisten ouderengeneeskunde werkzaam.

Verzet³⁹

In algemene zin wordt onder 'verzet' verstaan: het verbaal en/of non verbaal uiten van weerstand of tegenstand tegen handelingen die aan de cliënt worden verricht. Gelet moet worden op het verschil tussen verzet en normale afwijkende situaties. De Zorgboog gaat van verzet uit als het gedrag van de cliënt duidelijk afwijkt of zich nadrukkelijker manifesteert dan men van hem gewend is in van de normale dagelijkse routine afwijkende situaties. Binnen de Zorgboog wordt er bij twijfelgevallen van uitgegaan dat de cliënt zich verzet.

Zorgleefplan⁴⁰

Binnen de Zorgboog wordt er zo spoedig mogelijk na de opname een zorgleefplan opgesteld. De behandelend arts is verantwoordelijk voor het behandelingsdeel van dit zorgleefplan. Het behandelingsdeel is te vergelijken met het behandelingsplan uit de Wet Bopz. Het zorgleefplan omvat alle gegevens van de cliënt met betrekking tot diens zorg, behandeling en dagbesteding.

2.3.2 Externe rechtspositie

Allereerst wordt door het CIZ bepaald of de opname vrijwillig of onvrijwillig is.⁴¹ Binnen de Zorgboog wordt ervan uitgegaan dat bereidheid tot opname aanwezig geacht mag worden als de cliënt voldoende geïnformeerd is, de cliënt op basis van die informatie toestemming geeft voor de opname en hij wilsbekwaam is. In alle andere situaties wordt ervan uitgegaan dat de opname onvrijwillig is. Wanneer er sprake is van een onvrijwillige opname, wordt bekeken welke van de in paragraaf 2.2.2 genoemde opnameprocedures (artikel 60 Wet Bopz-procedure, rechterlijke machtiging of inbewaringstelling) van toepassing is.

2.3.3 Interne rechtspositie

Onderstaand wordt per onderdeel besproken hoe de Zorgboog de interne rechtspositie voor haar cliënten heeft geregeld.

Zorgleefplan

Na de vaststelling dat iemand onvrijwillig is opgenomen, moet op grond van artikel 36 lid 1 Wet Bopz een voor de zorg verantwoordelijk persoon aangewezen worden en moet dit schriftelijk aan de familie bekendgemaakt worden. De Zorgboog heeft beslist dat de taak van zorgverantwoordelijke toekomt aan de afdelings- ofwel behandelend arts. Bij aanvang van de opname worden de cliënt en zijn naaste(n) over de toegewezen zorgverantwoordelijke op de hoogte gebracht door middel van een brochure.⁴²

In lijn met artikel 38 lid 1 juncto artikel 61 Wet Bopz wordt binnen twee weken na opname door de behandelend arts, in overleg met de cliënt, een voorlopig behandelingsplan opgesteld. Binnen acht weken na opname wordt het definitieve behandelingsplan vastgesteld. Het behandelingsplan is onderdeel van het zorgleefplan. Wanneer de cliënt

³⁸ Zie bijlage I: beleidsnotitie VBI.

³⁹ Zie bijlage I: beleidsnotitie VBI.

⁴⁰ Zie bijlage I: beleidsnotitie VBI.

⁴¹ Zie bijlage II: notitie Wet Bopz.

⁴² Zie bijlage II: notitie Wet Bopz.

zijn wil niet (meer) kan uiten, wordt het overleg gevoerd met de wettelijk vertegenwoordiger of met één van de personen die als vertegenwoordiger op mag treden.⁴³ Het is aan de behandelend arts om te beoordelen of de cliënt in staat is zijn eigen wil ten aanzien van de behandeling te bepalen. Alvorens het behandelingsplan wordt opgesteld, pleegt de behandelend arts overleg met de psychiater of instelling die de cliënt voor de opname behandelde of begeleidde. Ook pleegt de arts overleg met de huisarts.

Een groot aantal gegevens wordt opgenomen in het zorgleefplan van de cliënt. De volgende gegevens worden ten minste opgenomen:

- Het behandelingsplan;
- De voortgang per maand van de uitvoering van het behandelingsplan;
- De medewerking van de cliënt aan dit behandelingsplan;
- Wanneer de cliënt niet meewerkt, moeten de redenen hiervan worden vermeld. Tevens moeten de ondernomen acties om tot een overeenstemming te komen worden opgenomen;
- Wanneer behandeling zonder toestemming of met verzet is toegepast, dienen gegevens over die behandeling in het plan opgenomen te worden evenals de redenen hiervoor;
- Wanneer vrijheidsbeperkende middelen of maatregelen in noodsituaties zijn gebruikt, dienen de gegevens over die toepassing in het plan opgenomen te worden evenals de redenen hiervoor;
- Gegevens over beslissingen omtrent de beperking van bewegingsvrijheid ex artikel 40 Wet Bopz;
- Gegevens over beslissingen omtrent beperkingen in postaal verkeer, telefoonverkeer en bezoek in geval van een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling;
- Beslissingen omtrent overplaatsing;
- De ontvangen afschriften van rechterlijke beslissingen en uittreksels daaruit en afschriften van beschikkingen van de burgemeester;
- Ontvangen of afgegeven geneeskundige verklaringen;
- De opname- en ontslaggegevens;
- Overige gegevens betreffende de gezondheid van cliënt en de voor en bij hem uitgevoerde verrichtingen, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is.⁴⁴

Uit de eisen die de Zorgboog stelt aan het zorgleefplan kan opgemaakt worden dat de organisatie nauwkeurig omgaat met gebeurtenissen rond cliënten en zo veel mogelijk gegevens van hen registreert. De organisatie streeft op deze manier naar een eenduidige werkwijze waarbij alle gegevens van cliënten bij elkaar staan, zodat de gegevens voor iedere zorgverlener gemakkelijk te vinden zijn. Ook helpt het registreren van de bovengenoemde gegevens bij de door de wet voorgeschreven regelmatige toetsing van de middelen en bereikte resultaten.⁴⁵ Tevens verdient opmerking dat families van cliënten inzicht kunnen hebben in een gedeelte van het zorgleefplan. Dit zorgt voor een transparante verhouding tussen de zorgverleners en de families. Vanzelfsprekend wordt hierbij het privacyreglement van de Zorgboog in acht genomen.

⁴³ Zie bijlage II: notitie Wet Bopz.

⁴⁴ Zie bijlage II: notitie Wet Bopz.

⁴⁵ Artikel 2 Besluit rechtspositieregelen Bopz.

Dwangbehandeling

In beginsel schetst de Zorgboog dat wanneer er geen overeenstemming over het behandelingsplan is bereikt of de toestemming tussentijds wordt ingetrokken, er in beginsel géén behandeling plaats kan vinden. Ook wanneer er wel overeenstemming over het behandelingsplan is bereikt maar de cliënt zich duidelijk verzet tegen bepaalde behandelingen, kan behandeling in beginsel niet plaatsvinden. Er moet dan gezocht worden naar een alternatief behandelingsplan of een alternatieve oplossing waarover wel overeenstemming wordt bereikt.⁴⁶ Hieruit valt op te maken dat de Zorgboog, in lijn met de Wet Bopz, streeft naar zo min mogelijk dwang. Uit deze overweging uit de interne documenten blijkt dat dwang binnen de Zorgboog wordt gezien als ultimum remedium. De Zorgboog schrijft voor dat bij geen toestemming of bij verzet het behandelingsplan alleen mag worden toegepast als de Bopz-arts hier toestemming voor heeft gegeven en toepassing noodzakelijk is om ernstig gevaar te voorkomen of af te wenden. Opvallend hierbij is dat de Zorgboog kiest voor een zwaarder criterium dan de Wet Bopz. De Wet Bopz schrijft in artikel 38 lid 5 namelijk voor dat dwangbehandeling alleen mag worden ingezet als het noodzakelijk is ter afwending van gevaar. De Zorgboog daarentegen spreekt van 'ernstig gevaar'. In de notitie Wet Bopz wordt niets uitgelegd over het criterium 'ernstig gevaar'. Na overleg met de Bopz-arts van de Zorgboog blijkt dat behandeling zonder toestemming of bij verzet inderdaad alleen bij ernstig gevaar wordt ingezet. Het criterium 'ernstig gevaar' is het beste te illustreren aan de hand van een voorbeeld. Als een cliënt veelvuldig valt en het vallen zorgt voor een gevaarlijke situatie, wordt behandeling alleen ingezet als de cliënt of (in de meeste gevallen) diens naasten hiermee instemmen of hier zelf om verzoeken. Wanneer niet ingestemd wordt met een behandeling voor het vallen, wordt het 'valrisico' geaccepteerd en vindt er geen behandeling plaats. In de situatie dat een cliënt, gestuurd door zijn psychogeriatrische stoornis, dreigend met een mes gaat staan zwaaien, kan er sprake zijn van ernstig gevaar voor de cliënt zelf dan wel zijn medebewoners of zorgverleners. In een dergelijk geval kan behandeling zonder toestemming en met verzet bij de Zorgboog wel toegepast worden. In de eerste situatie wordt uitgegaan van een gevaarlijke situatie, waarvoor de Zorgboog in principe geen dwangbehandeling toepast. In het tweede voorbeeld kan dwangbehandeling wel worden toegepast, omdat in deze situatie sprake is van ernstig gevaar. Wanneer er dwangbehandeling plaatsvindt, wordt dit voor aanvang van die behandeling gemeld aan de IGZ.⁴⁷

Vrijheidsbeperkende interventies

Bij de Zorgboog wordt een onderscheid gemaakt in vrijheidsbeperkende interventies op grond van de WGBO en op grond van de Wet Bopz. In dezen zal alleen in worden gegaan op vrijheidsbeperkende interventies op grond van de Wet Bopz. Met deze interventies krijgt men te maken als het gaat om vrijheidsbeperking én vrijheidsbeneming. Onder vrijheidsbeneming wordt binnen de Zorgboog verstaan: de onmogelijkheid om de afdeling of de instelling te verlaten.⁴⁸ Hiermee wordt duidelijk gemaakt dat de Wet Bopz geldt voor mensen die zijn opgenomen binnen een gesloten afdeling of woongroep met een Bopz-aanmerking en alleen voor die mensen de vrijheidsbeperkende interventies uit de Wet Bopz van toepassing kunnen zijn.

Binnen de Zorgboog wordt met vrijheidsbeperkende interventies gewerkt vanuit het 'nee, tenzij' perspectief. De organisatie streeft naar het zo min mogelijk toepassen van vrijheidsbeperkende interventies, des te meer omdat de organisatie zich bewust is van de gevolgen voor de cliënten. De Zorgboog gaat uit van een methodische en multidisciplinaire aanpak. De organisatie betreft de (wettelijke) vertegenwoordiger van de cliënt bij de keuze in behandelingsvormen om vrijheidsbeperking te voorkomen of,

⁴⁶ Zie bijlage II: notitie Wet Bopz.

⁴⁷ Zie bijlage II: notitie Wet Bopz.

⁴⁸ Zie bijlage I: beleidsnotitie VBI.

wanneer het niet anders kan, om de minst vergaande vorm toe te passen.⁴⁹ Voordat een vrijheidsbeperkende interventie wordt toegepast, wordt er door de Zorgboog een stappenplan gehanteerd om er zo zeker van te zijn dat het toepassen van een vrijheidsbeperkende interventie echt het laatste redmiddel is.

Het stappenplan ziet er als volgt uit:

- Stap 1: constateren van een gevaar of risico: wanneer een zorgverlener een gevaarlijke situatie constateert, dient hij dat zo spoedig mogelijk door te geven aan de arts;
- Stap 2: vervolgens beoordeelt de arts in overleg met het multidisciplinaire team in het kernteam (overleg met behandelend arts, psycholoog en afdeling over het gedrag van cliënten en het inzetten van vrijheidsbeperkende interventies) of het toepassen van de vrijheidsbeperkende interventie noodzakelijk is en wat het te voeren beleid gaat worden. Tevens wordt er in dit stadium grondig bekeken of er alternatieven mogelijk zijn;
- Stap 3: wanneer het te voeren beleid is vastgesteld, wordt gekeken of er toestemming van cliënt ofwel diens vertegenwoordiger verkregen kan worden. Wanneer het beleid inhoudt dat een vrijheidsbeperkende interventie noodzakelijk is, wordt aan de vertegenwoordiger van cliënt toestemming gevraagd. Nadat er toestemming is gevraagd, wordt er door de arts, de cliënt of diens vertegenwoordiger, de verzorgende en de overige behandelaren overleg gevoerd over de toe te passen interventie. Bij toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie wordt een duidelijke registratie en rapportage gemaakt in QIC (elektronisch cliëntendossier binnen de Zorgboog). Binnen de Zorgboog kennen ze de volgende categorieën van vrijheidsbeperkende interventies:

-**Vrijwillige vrijheidsbeperkende interventies** worden ingezet op initiatief van de cliënt of om therapeutische redenen. Er is dan wel sprake van vrijheidsbeperking, maar de cliënt heeft hier zelf om verzocht of staat achter de beslissing. In deze gevallen wordt er dan geen dwang toegepast en hoeft dit niet gemeld te worden aan de IGZ. Wanneer de cliënt zelf om een interventie verzoekt, wordt de interventie in het zorgleefplan opgenomen als zijnde een 'actie'. Wanneer de interventie op initiatief van de Zorgboog wordt ingezet (bij therapeutische redenen en de cliënt staat achter deze beslissing), wordt de interventie in QIC geregistreerd;

-Bij **reguliere vrijheidsbeperkende interventies** wordt gekeken of de cliënt kan overzien waarom een interventie ingezet wordt. Indien de cliënt begrijpt waarom de interventie ingezet moet worden, kan deze ook daadwerkelijk worden toegepast zonder overleg met de vertegenwoordiger. Wanneer blijkt dat de cliënt niet begrijpt waarom de interventie ingezet moet worden, moet hierover overlegd worden met de vertegenwoordiger van de cliënt. Pas na dit overleg mag de vrijheidsbeperkende interventie toegepast worden. Deze interventie wordt in de module middelen en maatregelen in QIC opgenomen. Wel is het dan belangrijk om aan te geven dat er geen sprake is van verzet door de cliënt, want alleen in dat geval is er sprake van een reguliere vrijheidsbeperkende interventie en hoeft deze niet bij de IGZ gemeld te worden;

-De **dwangmatige vrijheidsbeperkende interventie** is een interventie die ingezet wordt wanneer er sprake is van dwangbehandeling, dus wanneer behandeling op basis van het niet geaccepteerde behandelingsplan noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar. Doordat het behandelingsplan niet geaccepteerd is, is er sprake van verzet. Deze interventie wordt in de module middelen en maatregelen in QIC opgenomen. Bij deze interventie moet aangegeven worden dat het wel bij verzet is toegepast. De toepassing van de interventie dient dan ook gemeld te worden bij de IGZ;

⁴⁹ Zie bijlage I: beleidsnotitie VBI.

-Een **nood-vrijheidsbeperkende interventie** is een interventie die wordt toegepast wanneer een zorgverlener direct moet handelen om ernstig nadeel aan de cliënt en/of zijn omgeving te voorkomen, dus in het geval van een noodsituatie. In zo'n situatie mag de vrijheidsbeperkende interventie zonder toestemming en zonder dat deze in het behandelingsplan is opgenomen, worden toegepast. Deze interventie wordt ook in de module middelen en maatregelen in QIC geregistreerd én dient de interventie in het zorgleefplan opgenomen te worden als zijnde een 'actie'. Er dient goed op gelet te worden dat deze interventie maximaal zeven dagen mag duren en dat ook deze interventie aan de IGZ gemeld moet worden;

- Stap 4: de gekozen interventie wordt toegepast: de zorgverleners moeten zelf en onderling bepalen of ze bekwaam zijn om de vrijheidsbeperkende interventie toe te passen. Vanuit de organisatie wordt scholing rondom dit onderwerp aangeboden. De Zorgboog heeft echter wel een overzicht opgesteld voor het vereiste kwalificatieniveau van zorgverleners voor het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies;⁵⁰
- Stap 5: evaluatie. Wanneer een vrijheidsbeperkende interventie wordt toegepast, vindt er minimaal eens in de drie maanden een evaluatie plaats. Indien er sprake is van ingrijpende vrijheidsbeperkende interventies vindt evaluatie vaker plaats, dit is naar oordeel van de specialist ouderengeneeskunde. De Bopz-arts van de Zorgboog geeft aan dat er sprake is van een ingrijpende vrijheidsbeperkende interventie wanneer een interventie de vrijheid van de cliënt op meerdere facetten beperkt. Tijdens de evaluatie worden alle stappen uit dit stappenplan opnieuw doorlopen. Bij voorkeur wordt er tijdens het kernteamoverleg geëvalueerd. Indien evalueren op deze manier niet mogelijk is, wordt geëvalueerd tijdens de papieren visite. Afhankelijk van de zwaarte van de interventie worden een ergotherapeut en/of fysiotherapeut betrokken bij de evaluatie.⁵¹

Onder andere in het geval van een noodsituatie schrijft de Zorgboog voor dat er gekeken moet worden naar alternatieven. Alternatieven kunnen bijvoorbeeld zijn: wordt iemand na een praatje en een korte wandeling weer rustig? Kan de aandacht van het gedrag van de cliënt afgehaald worden door hem een tekening te laten maken? Indien een dergelijk alternatief werkt, hoeft er geen (nood-) vrijheidsbeperkende interventie ingezet te worden. Indien een vrijheidsbeperkende interventie in een noodsituatie toch toegepast moet worden, mag deze interventie na afloop van de wettelijke termijn van zeven dagen alleen langer toegepast worden als de cliënt hiermee instemt. Uit navraag blijkt dat de nood-vrijheidsbeperkende interventies bij de Zorgboog eigenlijk nooit toegepast worden.

Zoals eerder is vermeld, meldt de Zorgboog de dwangmatige en nood-vrijheidsbeperkende interventies aan de IGZ. De Zorgboog gebruikt hiervoor de voorgeschreven formulieren van de minister.⁵²

Bopz adviescommissie

Binnen de Zorgboog is een Bopz adviescommissie opgericht. Deze commissie geeft signalen en adviezen af aan de Raad van Bestuur van de Zorgboog over de uitvoering van de Wet Bopz. De Bopz adviescommissie houdt zich voornamelijk bezig met:

- Het terugdringen van vrijheidsbeperkende interventies;
- Het borgen van procedures rond vrijheidsbeperkende interventies;
- Het borgen van procedures rondom de externe rechtspositie in het kader van de Wet Bopz;
- Communicatie naar de IGZ inzake Bopz aangelegenheden;
- Klachtenprocedure Bopz;
- De dossiervorming ten aanzien van het zorgbehandelplan betreffende de wet.⁵³

⁵⁰ Zie bijlage I: beleidsnotitie VBI.

⁵¹ Zie bijlage III: werkinstructie VBI.

⁵² Zie bijlage IV: procedure Wet Bopz t.a.v. inspectie.

Door het instellen van een dergelijke adviescommissie laat de organisatie zien dat zij zich bewust is van het ingrijpende karakter van de Wet Bopz. Daarnaast zorgt een dergelijke commissie, bestaande uit mensen van verschillende disciplines, voor een goede 'overall view' met betrekking tot vrijheidsbeperkende interventies die binnen de organisatie toegepast worden. Ook werkt de adviescommissie actief aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende interventies. De Bopz adviescommissie komt eenmaal per kwartaal samen om de stand van zaken en de eventuele actiepunten te bespreken.

2.3.4 Soorten vrijheidsbeperkende interventies

Binnen de Zorgboog kunnen de volgende soorten vrijheidsbeperkende interventies worden toegepast: afzondering, fixatie, medicatie en het toedienen van vocht en voeding. De Zorgboog heeft vastgelegd welke specifieke interventies er binnen de organisatie toegepast kunnen worden.⁵⁴ In de bijlage is een schema opgenomen om een indruk te krijgen van welke interventies er mogelijk zijn, welke interventies er in de periode oktober 2015 tot en met december 2015 bij de Zorgboog zijn ingezet en de zwaarte van de interventies.⁵⁵

Uit het schema kan geconcludeerd worden dat de Zorgboog, naast het onderscheid in vrijwillige, reguliere, dwangmatige of nood-vrijheidsbeperkende interventies, ook een onderscheid maakt in fysiek beperkende, psychosociaal beperkende en privacy beperkende interventies. De Zorgboog laat op deze manier zien dat de organisatie zich bewust is van het ingrijpende karakter van vrijheidsbeperkende interventies. Dit blijkt ook uit het feit dat de Zorgboog specifiek aangeeft welke interventies er binnen de organisatie kunnen worden toegepast.

Bij de Zorgboog worden maar enkele vrijheidsbeperkende interventies toegepast. Bij de Zorgboog is, op basis van de alternatievenbundel van Vilans (hierna: alternatievenbundel), het rolkussen de zwaarste interventie die wordt toegepast.⁵⁶ Door een rolkussen in het bed van de cliënt te plaatsen, kan diegene niet meer uit bed rollen. Hierdoor wordt de bewegingsvrijheid echter wel beperkt. Binnen de organisatie is deze interventie maar in enkele gevallen toegepast. Geprobeerd wordt om een zo goed mogelijk alternatief en het minst zware middel in te zetten. Voor de zwaarte van de interventie en een mogelijke alternatieve interventie wordt gekeken naar de classificering volgens Vilans. Vilans is een adviesorgaan voor - onder andere - zorginstanties. Samen met zorgverleners ontwikkelt deze organisatie vernieuwende en praktijkgerichte kennis. Vilans probeert deze kennis aan de zorgverleners over te brengen. Zo heeft Vilans een alternatievenbundel ontwikkeld voor vrijheidsbeperkende interventies. Door middel van deze alternatievenbundel kunnen zorgverleners de impact van een interventie zien en mogelijk een minder zwaar alternatief aanwenden.⁵⁷

Vanuit de rationele gedachte kan gesteld worden dat ook een band of gordel in een stoel een zware interventie is. Door een dergelijke band of gordel kan de cliënt niet meer zelfstandig opstaan en is hij zeer beperkt in zijn bewegingsruimte. Vilans heeft deze interventies echter niet in de alternatievenbundel opgenomen. Hierdoor zou gesteld kunnen worden dat een dergelijke interventie te zwaar is om als alternatief aan te bieden. Door het buiten beeld laten van dergelijke interventies geeft Vilans indirect een signaal af over de grote impact van zo'n gordel op de vrijheid van mensen.

⁵³ Zie bijlage II: notitie Wet Bopz.

⁵⁴ Zie bijlage I: Beleidsnotitie VBI.

⁵⁵ Zie bijlage V: overzicht vrijheidsbeperkende interventies binnen de Zorgboog.

⁵⁶ R. Hanning en A. van Vliet, 'Ruim 60 alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg: een praktisch hulp- en inspiratiemiddel bij het afbouwen van vrijheidsbeperking', Utrecht: Vilans 2012.

⁵⁷ Idem.

Over het algemeen kan gesteld worden dat de Zorgboog, als men kijkt naar de waardering van de diverse interventies, de interventies inzet die een lage waardering krijgen.⁵⁸ Dit sluit dan ook goed aan bij de missie van de Zorgboog ten aanzien van vrijheidsbeperkende interventies: indien het noodzakelijk is en er geen andere mogelijkheden meer zijn, mag een vrijheidsbeperkende interventie ingezet worden. Dit komt tot uitdrukking in het principe: 'nee, tenzij' dat binnen de Zorgboog geldt. Opmerking verdient dat de Raad van Bestuur van de Zorgboog maandelijks overleg heeft met de Bopz-arts over het overzicht van toegepaste vrijheidsbeperkende interventies. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de toepassing van vrijheidsbeperkende interventies een belangrijk onderwerp is binnen de organisatie.

2.4 Tussenconclusie

De WGBO is de overkoepelende wet voor mensen die met zorg te maken krijgen. In het algemeen kan gesteld worden dat mensen toestemming moeten geven voor medische behandelingen. In sommige situaties, bijvoorbeeld bij mensen met een psychogeriatrische aandoening, kan of wordt deze toestemming niet altijd gegeven en worden mensen tegen hun wil in opgenomen en/of behandeld. Voor die situaties geldt de Wet Bopz. De Wet Bopz is de *lex specialis* ten opzichte van de WGBO. De Wet Bopz regelt de (gedwongen) opname en (dwang)behandeling voor mensen die door een geestesstoornis een gevaar voor zichzelf of anderen vormen. De Wet Bopz kent drie procedures om iemand gedwongen op te laten nemen, namelijk de inbewaringstelling voor noodsituaties, de artikel 60 Wet Bopz-procedure voor mensen die geen toestemming geven maar zich ook niet verzetten en tot slot de rechterlijke machtiging. Voor de interne rechtspositie wordt gekeken naar de rechten en plichten die kleven aan een gedwongen opname. Zo dient er een behandelingsplan opgesteld te worden en mag dwangbehandeling alleen plaatsvinden als dit volstrekt noodzakelijk is om gevaar, voortvloeiende uit de stoornis, af te wenden. Tevens moeten de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid in acht worden genomen. Naast dwangbehandeling mogen middelen en maatregelen alleen tijdelijk en in geval van een noodsituatie worden ingezet. In een verpleeginrichting kan vrijheidsbeperking door middel van afzondering, fixatie en medicatie toegepast worden. De Zorgboog heeft veel procedures rondom vrijheidsbeperkende interventies vastgelegd. Binnen de Zorgboog wordt gewerkt met het zorgleefplan. Een dergelijk plan bevat alle behandelingsgegevens van cliënten, waaronder het behandelingsplan dat door de Wet Bopz wordt voorgeschreven. De Zorgboog streeft naar zo min mogelijk dwangtoepassing. Zo stelt de organisatie, anders dan de Wet Bopz, dat er sprake moet zijn van ernstig gevaar. Alleen in dat geval mag een vrijheidsbeperkende interventie zonder toestemming worden toegepast. Alvorens een vrijheidsbeperkende interventie wordt toegepast, wordt er een stappenplan doorlopen. Dit stappenplan zorgt ervoor dat een vrijheidsbeperkende interventie echt het laatste redmiddel is en dat de minst zware interventie wordt toegepast. Na een inventarisatie blijkt dat de Zorgboog maar enkele vrijheidsbeperkende interventies toepast en dat die interventies relatief licht van aard zijn.

⁵⁸ Zie bijlage V: overzicht vrijheidsbeperkende interventies binnen de Zorgboog.

Hoofdstuk 3: Waarom een nieuwe wet gewenst is

In het vorige hoofdstuk is de Wet Bopz besproken. De Wet Bopz sluit echter op bepaalde punten niet goed meer aan op de huidige samenleving en de huidige praktijk. In dit hoofdstuk wordt dan ook besproken op welke punten en waarom er veranderingen gewenst zijn. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een tussenconclusie.

3.1 Kritiek op Wet Bopz

Op grond van artikel 71 juncto artikel 1 lid 1 sub a Wet Bopz dient de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur periodiek verslag uit te brengen over de toepassing van de Wet Bopz. Inmiddels hebben er drie evaluaties plaatsgevonden.⁵⁹ Naar aanleiding van de tweede evaluatie heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een brief aan de Tweede Kamer geschreven, waarin hij duidelijk maakt dat de Wet Bopz niet (meer) past voor psychogeriatrische en verstandelijk beperkte mensen binnen de huidige samenleving. In deze brief geeft hij tevens aan dat hij voor bovengenoemde doelgroepen een nieuwe regeling wil ontwerpen, zodat de wetgeving voor psychogeriatrische en verstandelijk beperkte mensen beter aansluit op maatschappelijke ontwikkelingen.⁶⁰ De komst van een nieuwe regeling is vooral gewenst op het gebied van locatie, terminologie, verzet en de klachtenregeling. Hieronder zal besproken worden waarom juist op deze gebieden veranderingen gewenst zijn.

3.1.1 Locatie

Zoals in paragraaf 1.1 is uitgelegd, stelt de Wet Bopz regels voor mensen die opgenomen worden binnen een psychiatrisch ziekenhuis of een Bopz-aangemerkte instelling. Binnen een dergelijk(e) ziekenhuis of instelling wordt ingezet op behandeling, verpleging en verblijf van mensen met een geestesstoornis. Dit betekent dus dat mensen met een psychogeriatrische aandoening, om onder de rechtsbescherming van de Wet Bopz te vallen en om op hen (dwangmatige) vrijheidsbeperkende middelen of maatregelen toe te mogen passen, opgenomen moeten zijn in een instelling of op een afdeling met een Bopz-aanmerking.

Naast de bekende verpleeghuizen zijn er ook steeds meer mensen die willen verblijven in een kleinschalige woongroep. Kleinschalige woongroepen worden vaak opgericht in de kleinere dorpen, zodat mensen de mogelijkheid krijgen om in hun eigen omgeving te blijven wonen. Ook is er een toename te onderscheiden in mensen die zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Door het Centraal Planbureau voor de Statistiek werd in 2007 namelijk al verwacht dat de vraag naar thuiszorg zal blijven groeien.⁶¹ Geconcludeerd kan worden dat er naast de traditionele verpleeghuizen ook steeds meer andere woonvormen in trek zijn.

Woningen waar mensen zelf (huur) voor betalen, zoals voor een eigen appartement binnen een zorginstelling of een eigen huis, kunnen geen Bopz-aanmerking krijgen.⁶² Door de groei van verschillende woonvormen levert dit een probleem op. De vraag naar dergelijke woonvormen bestaat wel degelijk, maar de wettelijke grondslag voor het mogen toepassen van bijvoorbeeld vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen binnen die woonvormen ontbreekt. Omdat deze wettelijke grondslag ontbreekt, zou men ervoor kunnen kiezen om mensen met een psychogeriatrische stoornis altijd te laten verhuizen naar een Bopz-aangemerkte instelling of afdeling. Zo komen deze mensen onder de rechtsbescherming van de Wet Bopz te vallen en mogen op hen (dwangmatige) vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen toegepast worden. Toch heeft een

⁵⁹ *Kamerstukken II 2007/08, 25763, nr. 9, p. 2.*

⁶⁰ *Kamerstukken II 2004/05, 28950, nr. 5.*

⁶¹ 'Persbericht: Verklaringsmodel verpleging en verzorging', *Sociaal Cultureel Planbureau*, www.scp.nl (zoek op: Verklaringsmodel verpleging en verzorging).

⁶² *Kamerstukken II 2007/08, 31996 nr. 3, p. 2.*

aanpassing van de wet de voorkeur, omdat een verhuizing het dementieproces kan versnellen.⁶³ Dit is voor niemand wenselijk. Het belangrijkste is dat men zich op zijn gemak voelt, of dit nu thuis, binnen een kleinschalige woonvorm of op een grote afdeling in een verpleeghuis is.

3.1.2 Terminologie

Zoals in paragraaf 2.2.3 is omschreven, dient er zo spoedig mogelijk na de opname een behandelingsplan opgesteld te worden. Lid 3 van artikel 38 van de Wet Bopz schrijft voor dat dit behandelingsplan erop gericht moet zijn om de stoornis zodanig te behandelen dat het gevaar waarvoor cliënt is opgenomen, wordt weggenomen. Kortgezegd betekent dit dus dat de stoornis behandeld moet worden, zodat het gevaar weggenomen wordt. Het doel van het behandelingsplan, het behandelen van de stoornis, is niet passend voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. De stoornis van deze mensen is namelijk niet te genezen. Dit betekent dat het behandelingsplan van deze mensen dus nooit kan voldoen aan de eisen uit de Wet Bopz.⁶⁴ De betekenis van het behandelingsplan uit de Wet Bopz past wel bij de behandeling voor mensen met een psychische stoornis. Deze stoornissen zijn door middel van de juiste zorg namelijk (vaak) wel te behandelen.⁶⁵ Het is dan ook wenselijk om de terminologie in de wet aan te passen, zodat de wet beter wordt toegespitst op mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking.

3.1.3 Verzet

Zoals uit paragraaf 2.2.3 blijkt, is het bij verzet van de cliënt of diens vertegenwoordiger in eerste instantie niet mogelijk om het behandelingsplan uit te voeren. Maar wat wordt er onder verzet verstaan? Dit begrip wordt in de gehele Wet Bopz niet nader uitgelegd of beschreven. Voor zorgaanbieders is het dan ook onduidelijk wat er precies onder verzet verstaan moet worden.⁶⁶ Zeker bij fysiek verzet is het voor zorgverleners soms moeilijk om te constateren dat de cliënt zich tegen een behandeling verzet. Zorgaanbieders zouden geholpen zijn bij een (wettelijke) omschrijving van verzet, zodat alle zorgaanbieders dezelfde criteria hebben om te beoordelen of een cliënt zich wel of niet verzet tegen een behandeling.

Voor de procedure is het van groot belang om te constateren of er sprake is van verzet. Wanneer de cliënt zich namelijk verzet, kan behandeling alleen plaatsvinden als aannemelijk is dat zonder behandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Tevens moet de behandeling strikt noodzakelijk zijn ter afwijking van het gevaar.⁶⁷

3.1.4 Klachtenregeling

Ook de klachtenregeling is aan vernieuwing toe. Artikel 41 lid 1 Wet Bopz geeft weer dat een cliënt een klacht in kan dienen bij het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis. Lid 2 van artikel 41 Wet Bopz verplicht het bestuur om een commissie in te richten die belast is met de behandeling van de klachten. Op grond van artikel 4 Besluit Klachtenbehandeling Bopz dient een klacht behandeld te worden door ten minste drie leden van de klachtencommissie, waaronder de voorzitter. De voorzitter mag echter niet werkzaam zijn bij of voor het psychiatrisch ziekenhuis, hij dient dus onafhankelijk van de instelling te zijn. In artikel 2 sub b Besluit Klachtenbehandeling Bopz is bepaald dat bij een verpleeginrichting zowel een jurist als een verpleeghuisarts betrokken moet zijn bij de behandeling van een klacht.

⁶³ Kamerstukken II 2002/03, 28950, nr. 2, p. 30.

⁶⁴ Kamerstukken II 2004/05, 28950, nr. 5.

⁶⁵ 'Waar vind ik hulp voor psychische problemen?', *Rijksoverheid*, www.rijksoverheid.nl (zoek op: GGZ).

⁶⁶ Kamerstukken II 2002/03, 28950, nr. 2, p. 26.

⁶⁷ Artikel 38 lid 5 derde volzin en artikel 38c lid 1 Wet Bopz.

Na onderzoek is geconcludeerd dat klachtencommissies op grond van de Wet Bopz niet goed functioneren. Bijna iedere zorgaanbieder heeft zijn eigen klachtencommissie, waardoor de klachtencommissies vaak te weinig klachten onder ogen krijgen en zij hierdoor te weinig expertise opbouwen. Tevens blijken cliënten terughoudend te zijn met het instellen van een klacht, omdat bij veel zorgaanbieders de klachtencommissie door de zorgaanbieder zelf is ingesteld en vaak alleen de voorzitter niet in verband staat tot de zorgaanbieder.⁶⁸ Dit is echter niet in alle gevallen zo. Bij de Zorgboog wordt namelijk gebruik gemaakt van een geheel onafhankelijke klachtencommissie.⁶⁹ Doordat de klachtencommissie in de meeste gevallen niet onafhankelijk van de zorgaanbieder is, zullen cliënten minder vertrouwen hebben op een rechtvaardige klachtenbehandeling en hierdoor mogelijk besluiten hun klacht niet in te dienen. Het is dan ook wenselijk om een geheel andere procedure rondom klachtenbehandeling te ontwikkelen, zodat het mensen niet weerhoudt om een klacht in te dienen.

De veranderingen die ten opzichte van de Wet Bopz gewenst zijn, zijn hiervoor uiteengezet. Inhoudelijk zal het WZD in het volgende hoofdstuk worden behandeld. Omdat het onderzoek zich richt op gedwongen opname en vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen, wordt de klachtenprocedure in dit rapport verder buiten beschouwing gelaten.

3.2 Tussenconclusie

De Wet Bopz biedt geen goede juridische grondslag voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. Zo sluit de terminologie niet aan bij deze groep zorgbehoeftegen, sluit de Wet Bopz niet aan op de huidige maatschappelijke veranderingen, is het verzetscriterium niet nader uitgewerkt (wat binnen zorginstellingen zorgt voor onduidelijkheden) en is de klachtenregeling niet toegankelijk voor cliënten.

⁶⁸ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 25.*

⁶⁹ 'Klachtenreglement cliënten', *Zorgboog*, www.zorgboog.nl (zoek op: *klachtenreglement cliënten*).

Hoofdstuk 4: Het toekomstige juridisch kader

De huidige Wet Bopz wordt in de toekomst vervangen door de wet Zorg en Dwang, op dit moment is het immers nog een wetsvoorstel. In het vorige hoofdstuk is uiteengezet waarom er een nieuwe wet moet komen en op welke punten veranderingen gewenst zijn. In dit hoofdstuk zal inhoudelijk op het WZD worden ingegaan. Dit hoofdstuk heeft in grote lijnen dezelfde opzet als het tweede hoofdstuk. Allereerst komen de begrippen uit het WZD aan bod, gevolgd door een beschrijving van de locatie van de zorgverlening op basis van het WZD. Hierna wordt ingegaan op de externe en vervolgens de interne rechtspositie. De vierde paragraaf zal gaan over de tweede nota van wijziging die verwacht wordt. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een tussenconclusie.

4.1 Het WZD

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2005 middels een brief aangekondigd dat hij veranderingen wil gaan doorvoeren voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. Met een nieuw wetsvoorstel wil de staatssecretaris bewerkstelligen dat deze mensen een juiste mate van rechtsbescherming krijgen.⁷⁰

Op 30 juni 2009 is het WZD aan de Tweede Kamer voorgelegd. Met dit wetsvoorstel wordt geprobeerd een gelijke regeling te introduceren voor het verlenen van zorg aan mensen met een psychogeriatrische aandoening en een verstandelijke beperking, vooral gericht op de situatie dat zij niet instemmen of zich verzetten tegen de opname en/of de te verlenen zorg.⁷¹ Met het WZD wordt gepoogd het toepassen van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen verder terug te dringen. Het WZD benadrukt dat het inzetten van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen als ultimum remedium gezien moet worden. Dit uitgangspunt komt in het WZD tot uitdrukking door aanpassingen in terminologie en het (exact) voorschrijven van bepaalde procedures. In de volgende paragrafen zal het WZD inhoudelijk worden besproken.

Opgemerkt moet worden dat de WGBO, evenals bij de Wet Bopz, bij inwerkingtreding van het WZD als *lex generalis* blijft gelden. Wanneer er onderwerpen omtrent dwang voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap zowel in de WGBO als in het WZD zijn geregeld, gelden de bepalingen uit het WZD als zijnde de *lex specialis*.⁷²

4.1.1 Begrippen

Hieronder zullen de belangrijkste begrippen uit het WZD kort worden toegelicht.

Accommodatie

Een accommodatie is een bouwkundige voorziening voor de huisvesting van cliënten in verband met de zorgbehoefte en het verlenen van zorg door een zorgaanbieder.⁷³ Het moet aldus gaan om gebouwen die geschikt zijn om er zowel vrijwillige als onvrijwillige zorg in te kunnen verlenen. De memorie van toelichting schrijft voor dat het moet gaan om gebouwen die afgesloten kunnen worden, zodat cliënten niet zonder toezicht naar buiten kunnen.⁷⁴

⁷⁰ *Kamerstukken II* 2004/05, 28950, nr. 2.

⁷¹ *Kamerstukken I* 2013/14, 31996, A-Herdruk.

⁷² *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 3, p. 32-33.

⁷³ Artikel 1 lid 1 onder b WZD.

⁷⁴ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 3, p. 6.

Cliënt

Onder 'cliënt' op basis van het WZD wordt verstaan: iemand waarbij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking is vastgesteld en die zorg ontvangt op basis van de Wlz.⁷⁵ De vaststelling van de aandoening of beperking kan door het CIZ of door een ter zake kundige arts geschieden. Opgemerkt moet worden dat wanneer een cliënt op basis van de Wlz zorg ontvangt in verband met zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, ook de zorg die geen verband houdt met de aandoening of handicap onder de reikwijdte van het WZD valt. Hiermee wil de wetgever bereiken dat bij de toepassing van dwang voor alle zorg op grond van de Wlz slechts één regeling geldt, en dat is het WZD.⁷⁶ Wanneer een cliënt bijvoorbeeld is opgenomen in een accommodatie in het kader van het WZD, diegene zorg ontvangt voor zijn psychogeriatrische aandoening en hij of zij een longontsteking oploopt, zijn voor de behandeling van de longontsteking ook de bepalingen uit het WZD van toepassing.

Bij een nadere regeling kunnen ziekten en aandoeningen worden aangewezen die voor toepassing van het WZD worden gelijkgesteld met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking.⁷⁷ De gevolgen van deze ziekten en aandoeningen en de daarbij behorende zorg zijn vergelijkbaar met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, zoals bijvoorbeeld het syndroom van Korsakov en de ziekte van Huntington.⁷⁸ Mensen met een dergelijke ziekte worden dan ook als cliënt in de zin van het WZD aangemerkt.

Ernstig nadeel

Ernstig nadeel is als toetsingscriterium in het WZD opgenomen. Aan ernstig nadeel moet worden getoetst wanneer zorg, ondanks het verzet van de cliënt en het niet verkrijgen van instemming, toch in het zorgplan wordt opgenomen, wanneer die zorg daadwerkelijk wordt toegepast en wanneer een cliënt op basis van het WZD wordt opgenomen in een geregistreerde accommodatie.⁷⁹

Op grond van artikel 1 lid 2 WZD wordt onder 'ernstig nadeel' in ieder geval verstaan dat de cliënt:

- Zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
- Zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
- Ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
- Met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- Een ander ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
- De psychische gezondheid van een ander bedreigt;
- De algemene veiligheid van personen of goederen bedreigt;
- Ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt.

Opgemerkt dient te worden dat de hierboven beschreven situaties niet de enige situaties zijn die kunnen leiden tot ernstig nadeel. De wetgever heeft gekozen voor een opsomming van de meest voorkomende situaties waarin mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap komen te verkeren. De memorie van toelichting benadrukt dat valgevaar géén ernstig nadeel oplevert. Doordat mensen met een psychogeriatrische aandoening in hun bewegingsvrijheid worden beperkt, neemt de

⁷⁵ Artikel 1 lid 1 sub c WZD juncto artikel 1 lid 4 WZD juncto artikel 3.1.1 Wlz.

⁷⁶ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 3, 45.

⁷⁷ Artikel 1 lid 6 WZD.

⁷⁸ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 6, p. 46.

⁷⁹ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 3, p. 43.

mobilititeit snel af en wordt hierdoor bij vallen het risico op letsel vergroot.⁸⁰ Dit is de reden dat de wetgever heeft gesteld dat enkel valgevaar niet kan leiden tot ernstig nadeel.

Onvrijwillige zorg

Conform artikel 2 lid 1 WZD wordt onder 'onvrijwillige zorg' verstaan: zorg waarmee de cliënt of diens vertegenwoordiger niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich verzet en die zich richt op:

- Het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening;
- Het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan;
- Maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt;
- Maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden;
- Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten. Hieronder valt dus ook het onthouden van voeding, middelen of materiële zaken die door de cliënt gewenst zijn.

Lid 2 van artikel 2 WZD stelt een aantal situaties gelijk aan onvrijwillige zorg:

- Het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, waarmee de vertegenwoordiger van de cliënt heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich niet verzet, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, indien die medicatie niet wordt toegediend voor de behandeling van een psychische stoornis overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen;
- Een maatregel die tot gevolg heeft dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, waarmee de vertegenwoordiger van de cliënt heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich niet verzet.

Opvallend is dat de wetgever de maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken en het toedienen van bewegingsbeperkende en gedragsbeïnvloedende medicatie altijd onder onvrijwillige zorg laat vallen, dus ook wanneer de cliënt of diens vertegenwoordiger hiermee instemt evenals wanneer de cliënt zich niet tegen een dergelijke behandeling verzet. De wetgever heeft voor deze nuance gekozen omdat deze maatregelen een grote invloed hebben op de lichamelijke integriteit van de cliënt.⁸¹ Een kanttekening valt hier echter wel bij te maken. Wanneer een cliënt zelf vraagt om een gordel in zijn stoel omdat hij zich zo veiliger voelt, wordt er een maatregel ter beperking van de bewegingsvrijheid ingezet en is er dus altijd sprake van onvrijwillige zorg. Voor het daadwerkelijk toepassen van onvrijwillige zorg moet onder andere worden voldaan aan het criterium van ernstig nadeel.⁸² Zoals ook Frederiks en Widdershoven stellen, heeft de wens van de cliënt zo dus amper betekenis. De cliënt kan namelijk niet zonder meer een gordel in zijn stoel krijgen. Dit is strijdig met het uitgangspunt van het WZD dat zoveel mogelijk moet worden voldaan aan de wensen van de cliënt.⁸³

Verzet

'Verzet' is een belangrijk criterium voor de vaststelling of er sprake is van onvrijwillige zorg en onvrijwillige opname. Verzet wordt in de Wet Bopz niet nader gespecificeerd. In het onderhavige wetsvoorstel is echter wel een definitie van verzet opgenomen, omdat de

⁸⁰ Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 21.

⁸¹ Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p.6.

⁸² Artikel 13 lid 1 WZD.

⁸³ Frederiks en Widdershoven, *NJB* 2012/826.

verschillende zorgaanbieders zo meer één lijn kunnen trekken bij het constateren of er sprake is van verzet. 'Verzet' wordt in het kader van het WZD gedefinieerd als: de tegenstand die een cliënt of bewoner actueel vertoont tegen een hem of haar betreffende vorm van zorg en/of behandeling omdat die door hem of haar wordt ervaren als niet juiste vorm van machtsuitoefening. De term machtsuitoefening geeft de afhankelijkheidsrelatie van de cliënt ten opzichte van de zorgverlener weer.⁸⁴

Verzet is niet altijd even duidelijk te constateren. Als uitgangspunt wordt genomen dat er sprake is van verzet wanneer gedrag duidelijk afwijkt van het bekende gedragspatroon en het bij de stoornis passende gedrag.⁸⁵ Wanneer een cliënt consistent verzet toont, moet dit serieus genomen worden. Bij mensen met een psychogeriatrische aandoening kan het wel eens voorkomen dat ze vanuit hun stoornis terughoudend of grillig zijn. Als dit gedrag typerend is voor die persoon, hoeft dit niet direct te wijzen op verzet. Wanneer die persoon normaliter nooit grillig of terughoudend gedrag vertoont, dient verzet eerder aangenomen te worden. Het constateren van afwijkend gedrag is voor een zorgverlener gemakkelijker wanneer hij al langere tijd zorg verleent aan de cliënt, zodat hij de cliënt en zijn 'normale' gedrag kent. Voordat er gehandeld kan worden tegen het verzet, dient een zorgverlener te weten waartegen het verzet zich richt.

4.1.2 De locatie voor onvrijwillige zorg en niet- en onvrijwillige opname

Onvrijwillige zorg in het kader van het WZD mag zowel thuis als in geregistreerde accommodaties worden aangeboden. Hiermee probeert het WZD in te spelen op de groei van verschillende woonvormen voor mensen met een psychogeriatrische aandoening. Er zijn namelijk mensen met een psychogeriatrische aandoening die met hulp zelfstandig kunnen blijven wonen, maar bijvoorbeeld wel verdekte medicatie toegediend krijgen. Het WZD is niet meer locatie gebonden, maar volgt de cliënt. De plek waar onvrijwillige zorg wordt verleend, doet er dus niet meer toe. Wel dient een zorgaanbieder die onvrijwillige zorg verleent en/of in een accommodatie opname en verblijf biedt aan cliënten die onvrijwillig worden opgenomen, conform artikel 20 lid 1 WZD gegevens te verstrekken om opgenomen te worden in een openbaar register van accommodaties. Instellingen of afdelingen die reeds in het bezit zijn van een Bopz-aanmerking worden automatisch opgenomen in het register.⁸⁶ Nieuwe zorgaanbieders of accommodaties dienen de in artikel 20 lid 1 WZD genoemde gegevens te verstrekken om opgenomen te worden in het register. Onvrijwillige opname conform de in de volgende paragraaf beschreven procedures mag alleen in een geregistreerde accommodatie plaatsvinden.

Opmerking verdient dat de reikwijdte van het WZD voor extramurale zorg nog niet duidelijk is. Zoals in paragraaf 1.6 is weergegeven, wordt met de verwijzing naar de AWBZ in het wetsvoorstel inmiddels de Wlz bedoeld. De Wlz ziet echter voornamelijk toe op intramurale zorg en maar in beperkte mate op extramurale zorg. Wel zijn er enkele bepalingen uit de AWBZ in de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) en de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) overgenomen. In deze wetten wordt voornamelijk de extramurale zorg geregeld.⁸⁷ Het is vooralsnog niet bekend of de wetgever ook de zorg op basis van de Wmo en de Zvw onder de reikwijdte van het WZD laat vallen. Zo niet, dan zal het WZD maar in beperkte mate van toepassing zijn op extramurale zorg.

4.1.3 Externe rechtspositie

Het WZD kent twee verschillende opnameprocedures: de niet-vrijwillige en de onvrijwillige procedure. Bij de niet-vrijwillige opname verzet de cliënt zich niet, maar is hij ook niet (meer) in staat aan te geven dat hij bereid is om opgenomen te worden. Hieronder valt de opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging. Bij de onvrijwillige opnameprocedure is

⁸⁴ Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 9.

⁸⁵ Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 10.

⁸⁶ Artikel 20 lid 2 WZD.

⁸⁷ Monitor Langdurige Zorg, www.monitorlangdurigezorg.nl (zoek onder: over MLZ, begrippen, extramurale zorg).

er wel sprake van verzet van de cliënt of zijn vertegenwoordiger tegen de opname. Onder deze opnameprocedure vallen de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling. Voor beide opnameprocedures geldt hetgeen in paragraaf 4.1.3 is weergegeven: opname vindt alleen plaats in een geregistreerde accommodatie.

De niet-vrijwillige procedure

De procedure voor opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging is geregeld in de artikelen 21 en 22 van het WZD. Deze procedure is van toepassing wanneer de cliënt geen blijk van de nodige bereidheid geeft, maar zich ook niet verzet tegen opname en verblijf of tegen voortzetting van het verblijf. Wanneer de cliënt zich niet bereid verklaart en zich niet verzet, kan opname alleen plaatsvinden wanneer het indicatieorgaan een besluit tot opname en verblijf afgeeft. Het bevoegde indicatieorgaan is het CIZ.⁸⁸

De aanvraag tot een besluit tot opname en verblijf kan conform artikel 22 WZD worden ingediend door de echtgenoot, partner of levensgezel, de vertegenwoordiger, elke meerderjarige bloedverwant in de rechte lijn of de zijlijn tot en met de tweede graad en elke meerderjarige aanverwant tot de tweede graad. Indien het een cliënt is die al in een accommodatie verblijft, kan de zorgaanbieder een aanvraag doen. De aanvraag wordt ingediend bij het CIZ waarna het CIZ binnen zes weken op de aanvraag beslist.⁸⁹ Het besluit tot opname en verblijf wordt door het CIZ afgegeven als de cliënt geen bereidheid én geen verzet toont tot opname en verblijf of voortzetting van het verblijf, het CIZ van oordeel is dat het gedrag van cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel én als er is voldaan aan de beginselen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.⁹⁰ Het besluit kan op grond van artikel 22 lid 5 WZD voor maximaal vijf jaren worden afgegeven.

Voordat een aanvraag tot een besluit tot opname en verblijf in behandeling wordt genomen, wordt op basis van artikel 22 lid 7 WZD mondeling en schriftelijk aan de cliënt of diens vertegenwoordiger medegedeeld dat men zich kan verzetten tegen opname en verblijf. Bij een cliënt die zonder een rechterlijke machtiging in een accommodatie is opgenomen en die laat blijken dat hij het verblijf wil beëindigen, is er sprake van verzet. Conform artikel 22 lid 8 juncto artikel 24 WZD dient er dan een rechtelijke machtiging aangevraagd te worden.

De onvrijwillige procedure: de rechterlijke machtiging

Conform artikel 24 WZD is onvrijwillige opname en verblijf of voortzetting van het verblijf mogelijk als er een rechterlijke machtiging is afgegeven. De onvrijwillige opname kan alleen plaatsvinden in een geregistreerde accommodatie. De onvrijwilligheid blijkt uit het verzet van de cliënt of diens (wettelijke) vertegenwoordiger. Het CIZ is het bevoegde orgaan om een rechterlijke machtiging aan te vragen.⁹¹ De echtgenoot, partner of levensgezel, de vertegenwoordiger of elke meerderjarige bloedverwant in rechte lijn of zijlijn tot en met de tweede graad of de zorgaanbieder die de feitelijke zorg aan de cliënt verleent, kan bij het CIZ een aanvraag voor een verzoek om een rechterlijke machtiging indienen.⁹² Het CIZ dient het verzoek binnen drie weken in.⁹³ Bij het indienen van dit verzoek overlegt het CIZ conform artikel 26 lid 5 WZD een aantal bescheiden, waaronder een verklaring van een arts die de cliënt heeft onderzocht.

⁸⁸ Artikel 21 lid 1 WZD juncto artikel 1 lid 1 sub d WZD juncto artikel 7.1.2 lid 1 onder b Wlz.

⁸⁹ Artikel 22 lid 2 WZD juncto artikel 7.1.2 lid 1 onder a Wlz juncto artikel 3.2.3 lid 1 Wlz en artikel 22 lid 4 WZD.

⁹⁰ Artikel 21 lid 2 WZD.

⁹¹ Artikel 24 lid 3 WZD juncto artikel 1 lid 1 sub d WZD juncto artikel 7.1.2 lid 2 Wlz.

⁹² Artikel 25 lid 1 WZD.

⁹³ Artikel 26 lid 1 WZD.

Voordat de rechter een beslissing neemt, wordt de cliënt door de rechter gehoord. Het horen kan achterwege gelaten worden als de rechter oordeelt dat de cliënt niet in staat is of niet bereid is gehoord te worden.⁹⁴ De rechter beslist conform artikel 39 lid 1 WZD zo spoedig mogelijk op het verzoek tot het verlenen van een rechterlijke machtiging.

Op grond van artikel 24 lid 3 WZD kan de rechter een rechterlijke machtiging afgeven als hij van oordeel is dat het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan leidt tot ernstig nadeel én er is voldaan aan de eisen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit. De rechterlijke machtiging tot opname en verblijf heeft een geldigheidsduur van maximaal zes maanden.⁹⁵ Voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening die al op basis van een rechterlijke machtiging tot opname en verblijf in een accommodatie zijn opgenomen, kan een volgende machtiging tot opname en verblijf voor maximaal vijf jaren worden afgegeven. Ook de daarop volgende machtigingen kunnen telkens voor maximaal vijf jaren worden verleend.⁹⁶

Blijkens artikel 1 lid 3 WZD is de rechter van team civiel, meer specifiek op het gebied van personen- en familierecht, bevoegd om op het verzoek tot het verlenen van een rechterlijke machtiging te beslissen. De relatieve bevoegdheid komt toe aan de rechtbank van de woonplaats van de cliënt.⁹⁷ Voor de Zorgboog betekent dit dat in de meeste gevallen de rechtbank Oost-Brabant bevoegd is, omdat de meeste locaties van de Zorgboog gelegen zijn in Zuidoost-Brabant.

De onvrijwillige procedure: de inbewaringstelling

Onvrijwillige opname in een accommodatie zonder rechterlijke machtiging is alleen mogelijk met een last tot inbewaringstelling, afgegeven door de burgemeester. Een last tot inbewaringstelling wordt aangevraagd wanneer de situatie ontstaat dat een rechterlijke machtiging niet afgewacht kan worden.

De procedure rond de inbewaringstelling is geregeld in artikel 29 en verder van het WZD. Voor het afgeven van een last tot inbewaringstelling moet de burgemeester van oordeel zijn dat er sprake is van ernstig nadeel en dat dit ernstig nadeel zo onmiddellijk dreigend is dat een rechterlijke machtiging niet afgewacht kan worden. Tevens moet het ernstige vermoeden bestaan dat het ernstig nadeel wordt veroorzaakt door het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een hiermee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan én moet er zijn voldaan aan de eisen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.⁹⁸ Wanneer de burgemeester een last tot inbewaringstelling afgeeft, dient hij conform artikel 35 lid 1 juncto artikel 60 lid 1 juncto artikel 36 WZD het CIZ en de IGZ hiervan op de hoogte te stellen, evenals de familie of vertegenwoordiger van de cliënt. De inbewaringstelling wordt afgegeven voor maximaal drie dagen.⁹⁹

Voordat de burgemeester een last tot inbewaringstelling afgeeft, wordt er door een deskundige arts een verklaring verstrekt. Uit die verklaring moet blijken waaruit de onvrijwilligheid van de cliënt bestaat en dat er wordt voldaan aan de in artikel 29 lid 2 WZD genoemde voorwaarden.¹⁰⁰ Voorafgaand aan het afgeven van de verklaring gaat de deskundige arts in overleg met de zorgaanbieder van de cliënt of diens huisarts.¹⁰¹

⁹⁴ Artikel 38 lid 1 WZD.

⁹⁵ Artikel 39 lid 4 WZD.

⁹⁶ Artikel 39 lid 5 WZD.

⁹⁷ Artikel 4 lid 1 WZD.

⁹⁸ Artikel 29 lid 2 WZD.

⁹⁹ Artikel 29 lid 4 WZD.

¹⁰⁰ Artikel 30 lid 1 WZD.

¹⁰¹ Artikel 30 lid 3 WZD.

Indien de cliënt na 24 uur na afgifte van de last tot inbewaringstelling nog niet is opgenomen, kan de burgemeester na overleg met de IGZ een van de accommodaties gebieden de cliënt op te nemen.¹⁰² Wanneer de persoon al in bewaring is gesteld en het CIZ oordeelt dat er sprake is van een situatie uit artikel 29 WZD, kan het CIZ bij de rechter een verzoek indienen tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling.¹⁰³

4.1.4 Interne rechtspositie

Onderstaand wordt ingegaan op de verschillende onderdelen van de interne rechtspositie. Allereerst wordt het zorgplan besproken, gevolgd door de procedure voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Hierna komt de procedure voor het daadwerkelijk toepassen van onvrijwillige zorg aan bod en tot slot wordt de procedure voor het toepassen van onvrijwillige zorg in noodsituaties besproken.

Zorgplan

Op grond van artikel 5 WZD dient er voor de cliënt een zorgplan opgesteld te worden. Dit zorgplan dient door de zorgverantwoordelijke binnen zes weken na aanvang van de zorg opgesteld te zijn.¹⁰⁴ De zorgverantwoordelijke wordt conform artikel 7 lid 1 WZD door de zorgaanbieder aangewezen. Het zorgplan bevat in ieder geval de afspraken die tussen de zorgverantwoordelijke en de cliënt of zijn vertegenwoordiger zijn gemaakt. Uit lid 3 van artikel 5 WZD valt af te leiden dat de zorgverantwoordelijke een inspanningsverplichting heeft ten aanzien van het verkrijgen van toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger over het zorgplan. Hieruit blijkt al dat het WZD zich zoveel mogelijk richt op een zorgplan met toestemming. Dit blijkt ook uit artikel 6 van het WZD. Zorg wordt volgens dit artikel enkel verleend op basis van het zorgplan. Van deze hoofdregel mag worden afgeweken als er nog geen zorgplan is vastgesteld of in geval van een noodsituatie. Wanneer er voorsnog geen zorgplan is vastgesteld, wordt alleen de zorg verleend waarmee is ingestemd of waarvan redelijkerwijs verwacht mag worden dat de cliënt daarmee instemt en zich er niet tegen verzet.¹⁰⁵ De term 'redelijkerwijs' is opgenomen voor mensen met een psychogeriatrische aandoening. Deze mensen zijn vaak wilsonbekwaam en kunnen niet aangeven of zij instemmen met de zorg. Om te voorkomen dat er voor de vaststelling van het zorgplan helemaal geen zorg verleend kan worden, heeft de wetgever ervoor gekozen dat in zo'n geval enkel de zorg verleend mag worden waarvan redelijkerwijs verwacht kan worden dat de cliënt daarmee in zou stemmen.¹⁰⁶ In het geval van een noodsituatie geldt de procedure die in paragraaf 4.1.7 wordt behandeld.

Het zorgplan dient op grond van artikel 8 WZD binnen vier weken nadat de zorg op basis van het zorgplan is aangevangen, te worden geëvalueerd. Deze evaluatie wordt vervolgens halfjaarlijks herhaald. De zorgverantwoordelijke betreft desgewenst de cliënt of diens vertegenwoordiger bij de evaluatie.

Het kan natuurlijk ook voorkomen dat het zorgplan niet (meer) voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt. Dit kan vastgesteld worden door de zorgverantwoordelijke, maar ook de vertegenwoordiger van de cliënt kan dit aangeven. Wanneer het zorgplan niet (meer) aan de zorgbehoefte van de cliënt voldoet en er ernstig nadeel dreigt, wordt er gekeken naar alternatieven voor de in het zorgplan opgenomen zorg. Deze alternatieven mogen blijkens artikel 9 lid 2 WZD in principe niet onvrijwillig zijn. Conform lid 3 van artikel 9 WZD vindt er, in het geval dat het zorgplan niet meer aan de zorgbehoefte van de cliënt voldoet, een multidisciplinair overleg plaats. Onder multidisciplinair overleg wordt een

¹⁰² Artikel 34 WZD.

¹⁰³ Artikel 37 lid 1 WZD.

¹⁰⁴ Artikel 5 lid 1 juncto artikel 7 lid 2 WZD.

¹⁰⁵ Artikel 6 lid 2 WZD.

¹⁰⁶ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 50.*

overleg tussen de zorgverantwoordelijke en ten minste één iemand van een andere discipline verstaan. Voorbeelden van andere disciplines zijn een ergotherapeut, psycholoog of maatschappelijk werker.¹⁰⁷

Bij het multidisciplinaire overleg wordt ten minste besproken:

- Wat het ernstig nadeel voor de cliënt is, door middel van het maken van een risico-inventarisatie;
- Wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn waardoor ernstig nadeel ontstaat;
- Welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel;
- Welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg kunnen worden benut om het ernstig nadeel te voorkomen, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is;¹⁰⁸
- Wanneer een cliënt niet op basis van de in paragraaf 4.1.7 beschreven opnamevormen is opgenomen, wordt tijdens het overleg ook besproken in hoeverre de thuissituatie van cliënt geschikt is voor de te verlenen zorg.¹⁰⁹

Conform artikel 9 lid 5 WZD dient de zorgverantwoordelijke de cliënt of diens vertegenwoordiger uit te nodigen voor het overleg. Uit het multidisciplinaire overleg worden conclusies getrokken waarna het zorgplan wordt aangepast. Wanneer uit het overleg duidelijk wordt dat er geen alternatieven in de vorm van vrijwillige zorg bestaan, wordt er overleg gevoerd over onvrijwillige zorg en dient de procedure uit de volgende paragraaf gevolgd te worden.¹¹⁰

Opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan

Het ultimatum-remedium beginsel voor onvrijwillige zorg wordt in artikel 10 lid 1 van het WZD benoemd. Voordat onvrijwillige zorg daadwerkelijk toegepast mag worden, dient er uitvoerig gekeken te worden naar alternatieven. Als er geen alternatieven op basis van vrijwillige zorg meer zijn of als blijkt dat het aangepaste zorgplan alsnog niet voldoet aan de zorgbehoefte van cliënt en hierdoor een situatie van ernstig nadeel kan ontstaan, kan onvrijwillige zorg pas worden overwogen.

Wanneer de zorgverantwoordelijke besluit om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen, is dit mogelijk als het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel én als er is voldaan aan de eisen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.¹¹¹

Voordat onvrijwillige zorg ook daadwerkelijk in het zorgplan wordt opgenomen, voert de zorgverantwoordelijke opnieuw multidisciplinair overleg. Daarnaast dient er conform artikel 10 lid 3 sub a en b WZD instemming verkregen te worden van een bij de zorg betrokken arts of van een deskundige die behoort tot een door de minister aangewezen categorie. Dit multidisciplinaire overleg behandelt in ieder geval de onderwerpen zoals genoemd in artikel 9 lid 3 WZD. Naast deze onderwerpen schrijft artikel 10 lid 4 WZD voor dat besproken moet worden wat de nadelige effecten van onvrijwillige zorg kunnen zijn. Deze nadelige effecten moet worden afgewogen tegen het ernstig nadeel dat moet worden afgewend. Als laatste dient besproken te worden voor welke termijn de onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen. De termijn moet zo kort mogelijk zijn, passend bij de aard van de zorg en de ingrijpendheid voor de cliënt, met een maximum van drie maanden.

¹⁰⁷ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 22.*

¹⁰⁸ Artikel 9 lid 3 WZD.

¹⁰⁹ Artikel 9 lid 4 WZD.

¹¹⁰ Artikel 9 lid 7 WZD.

¹¹¹ Artikel 10 lid 2 WZD.

Aan de hand van dit overleg past de zorgverantwoordelijke het zorgplan aan, waarbij hij ten minste opneemt:

- Het ernstige nadeel ter zake waarvan de onvrijwillige zorg kan worden toegepast;
- Welke vorm van onvrijwillige zorg kan worden toegepast;
- Welke zorgverlener of categorie van zorgverleners bevoegd is tot het toepassen van onvrijwillige zorg;
- De duur of de frequentie van onvrijwillige zorg (indien van toepassing);
- De vastgestelde termijn voor toepassing van onvrijwillige zorg (maximaal drie maanden);
- De wijze waarop de zorg binnen de vastgestelde termijn wordt afgebouwd;
- Aanvullende zorgvuldigheidseisen (indien van toepassing);
- De continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop deze geborgd wordt.¹¹²

Wanneer na afloop van de vastgestelde termijn blijkt dat onvrijwillige zorg niet afgebouwd kan worden, dient er wederom een multidisciplinair overleg plaats te vinden conform de vereisten uit artikel 10 leden 3 tot en met 6 WZD. Artikel 10 lid 10 WZD schrijft dan wel voor dat ook een niet bij de zorg betrokken deskundige aan het overleg deelneemt. Dit wordt het uitgebreid deskundigenoverleg genoemd. Na dit uitgebreid deskundigenoverleg kan de toepassing van onvrijwillige zorg met maximaal drie maanden worden verlengd.¹¹³

Compleet nieuw in het WZD is hetgeen dat in artikel 11 is bepaald. Wanneer de cliënt of zijn vertegenwoordiger na alle voorgaande overleggen alsnog niet instemt met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan of als onvrijwillige zorg niet binnen de in het zorgplan opgenomen termijn afgebouwd kan worden, dient de zorgverantwoordelijke op basis van artikel 11 WZD advies van een externe deskundige in te winnen. Volgens artikel 8 lid 6 WZD worden bij algemene maatregel van bestuur eisen gesteld aan de externe deskundige. Deze algemene maatregel van bestuur is nog niet bij de Eerste of Tweede Kamer ingediend.

Het zorgplan wordt aan de hand van het advies van de externe deskundige door de zorgverantwoordelijke aangepast. Daarbij geeft de zorgverantwoordelijke aan op welke wijze toepassing wordt gegeven aan het advies. De termijn voor het toepassen van onvrijwillige zorg mag nu niet langer dan zes maanden zijn.¹¹⁴ De toepassing van onvrijwillige zorg wordt tijdens de halfjaarlijkse zorgplanevaluatie besproken. Deelnemers van deze evaluatie zijn in ieder geval de deskundigen uit het uitgebreid deskundigenoverleg. Als uit de evaluatie blijkt dat onvrijwillige zorg noodzakelijk blijft, kan dit conform artikel 11 lid 4 WZD telkens voor maximaal zes maanden worden toegepast. De procedure voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan is door de wetgever redelijk specifiek vastgelegd. Men vraagt zich dan ook af of het wettelijk verankeren van onderwerpen die aan bod moeten komen tijdens de verschillende multidisciplinaire overleggen een taak van de wetgever is. Gesteld wordt dat het gepaster zou zijn wanneer de onderwerpen vastgesteld zouden worden door de verschillende betrokken beroepsgroepen, zij hebben immers in de praktijk met het WZD te maken. De toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vond een uitgebreide beschrijving van de te volgen procedure echter noodzakelijk om te kunnen garanderen dat zorgverleners, iedere keer als onvrijwillige zorg aan de orde is, een zorginhoudelijke afweging maken.¹¹⁵

¹¹² Artikel 10 lid 8 WZD.

¹¹³ Artikel 10 lid 10 juncto lid 4 sub f WZD.

¹¹⁴ Artikel 11 lid 3 WZD.

¹¹⁵ Frederiks & Blankman, *TvGR* 2013/4, p. 353.

Het daadwerkelijk toepassen van onvrijwillige zorg

Conform artikel 13 lid 1 WZD kan de zorgverlener de in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg alleen verlenen als hij constateert dat het in het zorgplan omschreven ernstig nadeel zich daadwerkelijk voordoet, er is voldaan aan de eisen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit én als er op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing van de onvrijwillige zorg. Indien mogelijk informeert de zorgverlener de vertegenwoordiger en de cliënt voordat hij voor de eerste keer onvrijwillige zorg gaat verlenen. Wanneer het niet mogelijk is om de vertegenwoordiger en de cliënt vooraf op de hoogte te stellen, zorgt de zorgverlener hier zo spoedig mogelijk na de toepassing van de onvrijwillige zorg voor.¹¹⁶ Tevens dient er, voordat onvrijwillige zorg wordt toegepast, overleg gevoerd te worden met de zorgverantwoordelijke. Indien de situatie zo urgent is dat vooraf overleg niet mogelijk is, vindt ook dit overleg zo spoedig mogelijk na de toepassing van de onvrijwillige zorg plaats.¹¹⁷

Blijkens artikel 18 WZD dient de zorgaanbieder ieder halfjaar een overzicht van de toegepaste onvrijwillige zorg aan de IGZ te laten zien. Hierbij moet een door het bestuur van de zorgaanbieder ondertekende analyse van de verleende onvrijwillige zorg overhandigd worden. Ook dient de zorgaanbieder conform artikel 17 WZD een register bij te houden van de toegepaste onvrijwillige zorg. In dit register moeten onder andere de vorm van de aan de cliënt verleende onvrijwillige zorg, de gegevens van de zorgverantwoordelijke, de noodzaak voor de onvrijwillige zorg en de duur en de frequentie van de onvrijwillige zorg worden vermeld. Dit register dient conform artikel 17 lid 1 juncto artikel 60 lid 1 WZD voor het toezicht dat de IGZ houdt op de naleving van de WZD.

Het toepassen van onvrijwillige zorg in nood- en onvoorziene situaties

Bij noodsituaties of in situaties waarin het zorgplan redelijkerwijs niet heeft kunnen voorzien, kan onvrijwillige zorg op grond van artikel 15 lid 1 WZD alleen toegepast worden als het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel, er is voldaan aan de eisen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit én er op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing van de onvrijwillige zorg.

Voordat onvrijwillige zorg in een noodsituatie verleend kan worden, dient de zorgverantwoordelijke dit middels een schriftelijke beslissing aan te geven. In deze beslissing wordt tevens de termijn voor het toepassen van onvrijwillige zorg opgenomen. Deze termijn mag niet langer zijn dan strikt noodzakelijk is, met een maximum van twee weken.¹¹⁸ Wanneer de onvrijwillige zorg bestaat uit het toedienen van vocht, voeding of medicatie voor een somatische aandoening, het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt of het inzetten van bewegingsbeperkende maatregelen, dient de zorgverlener met de bij de zorg betrokken arts te overleggen alvorens hij onvrijwillige zorg in noodsituaties gaat verlenen.¹¹⁹

4.2 Tweede nota van wijziging

Uit een brief van de voorzitter van de vaste commissie voor veiligheid en justitie blijkt dat de wetgever voornemens is een aantal wijzigingen door te voeren in het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg.¹²⁰ Dit wetsvoorstel regelt onvrijwillige zorg voor mensen met een psychische stoornis. Uit de brief van de commissie blijkt dat de wijzigingen die voornemens zijn, ook van invloed zullen zijn op het WZD. De veranderingen worden verwerkt in een tweede nota van wijziging. Omdat de nota van

¹¹⁶ Artikel 13 lid 2 WZD.

¹¹⁷ Artikel 13 lid 3 WZD.

¹¹⁸ Artikel 15 lid 2 WZD.

¹¹⁹ Artikel 15 lid 3 WZD.

¹²⁰ Kamerstukken I 2014/15, 32398, nr. L.

wijziging nog niet gepubliceerd is, kan er niet inhoudelijk op de nota worden ingegaan. De wetgever streeft ernaar om deze nota uiterlijk in juli 2016 naar buiten te kunnen brengen.

4.3 Tussenconclusie

Het WZD maakt gebruik van de begrippen 'onvrijwillige zorg' en 'ernstig nadeel'. Het WZD is geschreven voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap die op basis van de Wlz zorg ontvangen. Deze mensen vallen ook onder het WZD als zij zorg ontvangen die geen verband houdt met de aandoening of beperking. Daarnaast worden enkele ziekten en aandoeningen gelijkgesteld aan de zojuist omschreven doelgroep. Het WZD geldt niet alleen binnen geregistreeerde accommodaties, maar ook in het geval dat mensen thuis zorg ontvangen. Wanneer mensen in het kader van het WZD on- of niet vrijwillig worden opgenomen, mag dit alleen in een geregistreeerde accommodatie zijn. Niet-vrijwillige en onvrijwillige opname kan geschieden door een besluit tot opname en verblijf, een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling. Het CIZ is zowel bevoegd om een besluit tot opname en verblijf af te geven als om een verzoek tot een rechterlijke machtiging in te dienen. Voor wat betreft de interne rechtspositie dient er een zorgplan opgesteld te worden. In principe mag er geen onvrijwillige zorg in dit plan worden opgenomen. Het kan gebeuren dat het zorgplan niet meer voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt. In dat geval wordt door middel van een multidisciplinair overleg bekeken of er alternatieven in de vorm van vrijwillige zorg zijn. Wanneer vrijwillige zorg niet meer mogelijk is, wordt onvrijwillige zorg overwogen. Deze overweging vindt eveneens plaats door middel van een multidisciplinair overleg. Tevens dient er ook instemming van een bij de zorg betrokken arts of een door de minister aangewezen deskundige verkregen te worden. Als vervolgens blijkt dat onvrijwillige zorg niet afgebouwd kan worden, vindt er wederom een multidisciplinair overleg plaats met een niet bij de zorg betrokken deskundige, het zogenaamde uitgebreid deskundigenoverleg. Als na het uitgebreid deskundigenoverleg alsnog blijkt dat onvrijwillige zorg niet afgebouwd kan worden of de cliënt of diens vertegenwoordiger niet instemt met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, moet er (eenmalig) advies van een externe deskundige ingewonnen worden. Wanneer onvrijwillige zorg daadwerkelijk toegepast gaat worden, moet er voldaan zijn aan de eisen uit artikel 13 WZD. De procedure van artikel 15 WZD dient gevolgd te worden bij situaties waarin het zorgplan nog niet voorziet of in het geval van een noodsituatie.

Hoofdstuk 5: De betekenis van de wetwijziging voor de Zorgboog

Om te bekijken wat de wetwijziging voor de Zorgboog betekent, is het van belang om een goed beeld te hebben van de verschillen tussen de Wet Bopz en het WZD. Deze verschillen zullen in dit hoofdstuk behandeld worden. Omdat in de vorige hoofdstukken een concrete uitwerking over de Wet Bopz en de WZD is opgenomen, worden de verschillen in dit hoofdstuk niet volledig uitgewerkt. In dit hoofdstuk wordt dus volstaan met een koppeling tussen beide regelingen en wordt vervolgens de vertaalslag naar de praktijk gemaakt: wat betekent het verschil voor de Zorgboog? Dit hoofdstuk mondt uit in een conceptprocedure voor de Zorgboog. De conceptprocedure is opgenomen in bijlage VI. Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van de algemene verschillen, gevolgd door de verschillen ten aanzien van de begrippen, de externe rechtspositie en tot slot de interne rechtspositie. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een tussenconclusie.

5.1 Algemene verschillen

In algemene zin kan gesteld worden dat er een verschil bestaat tussen de doelgroep van beide wetten. De Wet Bopz regelt de (gedwongen) opname en (gedwongen) behandeling van personen met een stoornis aan de geestvermogens. Hieronder vallen dus ook de mensen met een psychische stoornis. Het WZD betreft een specifiekere doelgroep, het WZD is namelijk geschreven voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap die op grond van de Wlz zorg ontvangen.¹²¹ Voor de Zorgboog betekent dit geen verandering, zij behandelen in het kader van de Wet Bopz én in het kader van het WZD alleen mensen met een psychogeriatrische aandoening. Wel moeten de cliënten in de toekomst Wlz zorg ontvangen om onder de reikwijdte van het WZD te vallen. Door de inwerkingtreding van het WZD dient de Zorgboog wel rekening te houden met het volgende. Wanneer zorgbehoeftigen op basis van het WZD als cliënt aangemerkt worden, valt ook de zorg die niet met de aandoening of beperking verband houdt onder de reikwijdte van het WZD. Dit geldt ook voor eventuele eerdere Wlz zorg die de cliënt ontving voor een somatische aandoening.¹²² Tevens worden in een nadere (nog op te stellen) regeling bepaalde ziekten en aandoeningen gelijkgesteld met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap. Voor de Zorgboog betekent dit dat ook voor cliënten zónder een psychogeriatrische aandoening maar mét een gelijkgestelde ziekte of aandoening de bepalingen uit het WZD gelden.¹²³

Voor de locatie van de zorg verandert er wel het een en ander. Op basis van de Wet Bopz mag dwang alleen plaatsvinden in een Bopz-aangemerkte instelling.¹²⁴ Deze aanmerking komt in het WZD te vervallen. Dit betekent dat de toepassing van onvrijwillige zorg ook in extramurale situaties mag geschieden. Voor de Zorgboog betekent dit dat niet alleen de medewerkers binnen de instellingen of kleinschalige woonvormen te maken krijgen met de procedures uit het WZD, maar dat ook de thuiszorgmedewerkers hier mee te maken kunnen krijgen. Wel komt er een soort aanmerking terug in het WZD. Instellingen of woongroepen waar cliënten onvrijwillig opgenomen kunnen worden en waar onvrijwillige zorg wordt verleend, moeten namelijk worden geregistreerd in een door de minister bijgehouden register.¹²⁵ De huidige Bopz-aangemerkte instellingen worden conform artikel 20 lid 3 WZD automatisch in het register opgenomen. Wanneer de Zorgboog echter nieuwe locaties gaat openen waarbinnen zij cliënten onvrijwillig wil opnemen of onvrijwillige zorg wil gaan verlenen, moet de Zorgboog zelf zorgen voor een registratie in het register.

¹²¹ Artikel 1 lid 1 sub c WZD.

¹²² *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 3, p. 14.

¹²³ Artikel 1 lid 6 WZD.

¹²⁴ Artikel 1 lid 1 sub h Wet Bopz.

¹²⁵ Artikel 20 lid 1 WZD.

5.2 Begrippen

Wat betreft de terminologie zijn er in het WZD een aantal grote veranderingen doorgevoerd. Het gevaarscriterium uit de Wet Bopz wordt in het WZD vervangen door het criterium van ernstig nadeel. Dit criterium is in het WZD omschreven aan de hand van de meest voorkomende situaties voor mensen met een psychogeriatrische aandoening en verstandelijke beperking.¹²⁶ Deze opsomming is echter niet limitatief, er kunnen in de praktijk meerdere situaties voorkomen die kunnen leiden tot ernstig nadeel. Het ernstig nadeelcriterium is in het WZD beter toegespitst op de doelgroep dan het gevaarscriterium uit de Wet Bopz. Het criterium van ernstig nadeel geeft in vergelijking met het gevaarscriterium namelijk beter aan wanneer er een inbreuk op een vrijheidsrecht kan worden gemaakt.¹²⁷ Voor de Zorgboog betekent dit dat zij zich bezig moet gaan houden met de gewijzigde terminologie, maar ook met een andere invulling van het criterium. Een voor de Zorgboog belangrijk verschil is dat de wetgever uitdrukkelijk heeft benoemd dat valgevaar in principe niet leidt tot ernstig nadeel. Voor de praktijk betekent dit dat valgevaar, dat nu wel regelmatig als grondslag voor een vrijheidsbeperkende interventie wordt gebruikt, anders dan door vrijheidsbeperking moet worden afgewend of voorkomen.

Daarnaast wordt het begrip 'dwang' uit de Wet Bopz met inwerkingtreding van het WZD vervangen door 'onvrijwillige zorg'. Met dwang wordt bedoeld dat (een deel van) het zorgplan wordt uitgevoerd zonder dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger hiermee heeft ingestemd, ofwel het toepassen van het niet geaccepteerde zorgplan.¹²⁸ Conform het WZD valt onder onvrijwillige zorg alle zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich verzet.¹²⁹ Voor de Zorgboog betekent dit dat de organisatie zich bewust moet zijn van het verschil in terminologie en de invulling van het begrip. Deze wijziging brengt met zich mee dat de Zorgboog onvrijwillige zorg altijd apart in het zorgplan moet vermelden met de motivering waarom voor die cliënt onvrijwillige zorg nodig is.¹³⁰ Ook zijn er twee nieuwe vormen van onvrijwillige zorg opgenomen in het WZD, te weten maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden en beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten. Voor de Zorgboog betekent dit dat alle toezichtsmaatregelen, waaronder domotica en belmatten voor een bed, bij verzet of geen instemming als onvrijwillige zorg aangemerkt moeten worden.¹³¹ Daar waar de Zorgboog belmatten nu soms inzet zonder deze als een vrijheidsbeperkende interventie te behandelen, gaat dat na de inwerkingtreding van het WZD niet zonder meer op. Het inzetten van een belmat is een vorm van onvrijwillige zorg, tenzij de cliënt zich niet verzet of hij of zijn vertegenwoordiger met de maatregel instemt. Onder beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten valt bijvoorbeeld de situatie dat een cliënt op basis van het zorgplan tussen de middag moet rusten in bed, maar hij helemaal niet naar bed wil. In zo'n geval wordt de cliënt beperkt in de vrijheid om zijn eigen leven in te richten en daarom heeft de wetgever besloten dat ook deze middelen en maatregelen bij verzet of geen instemming behoren tot onvrijwillige zorg. Door het vaststellen dat ook deze vormen onder onvrijwillige zorg kunnen vallen, wordt het 'palet' aan vormen van onvrijwillige zorg uitgebreid. Voor de Zorgboog betekent dit dat sommige behandelingen die nu niet als vrijheidsbeperkend gezien worden, in de toekomst wel als onvrijwillige zorg moeten worden beschouwd.

Naast de twee nieuwe vormen van onvrijwillige zorg zijn er ook twee vormen van onvrijwillige zorg uitgebreid. De bewegingsbeperkende maatregelen en gedragsbeïnvloedende medicatie worden ook bij de Wet Bopz als vrijheidsbeperking gezien. Het WZD gaat echter nog een stap verder door deze beide vormen te allen tijde

¹²⁶ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 21.*

¹²⁷ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 20.*

¹²⁸ Artikel 38 wet Bopz.

¹²⁹ Artikel 2 WZD.

¹³⁰ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 20.*

¹³¹ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 12.*

als onvrijwillige zorg aan te merken, dus ook wanneer de cliënt zich niet verzet of hij of zijn vertegenwoordiger instemt met een dergelijk(e) middel of maatregel.¹³² Voor de Zorgboog betekent dit een uitbereiding van twee vormen van onvrijwillige zorg. Dit zorgt naar alle waarschijnlijkheid voor een forse toename van onvrijwillige zorg binnen de organisatie. Voor het inzetten van bijvoorbeeld bedekken dient aan de hand van het wetsvoorstel namelijk áltijd de procedure voor onvrijwillige zorg doorlopen te worden, ook als een cliënt hier zelf om vraagt omdat het hem bijvoorbeeld een veilig gevoel geeft. Dit betekent ook dat voor bewegingsbeperkende maatregelen en bewegingsbeperkende en gedragsbeïnvloedende medicatie géén vrijwillige of reguliere vrijheidsbeperkende interventie meer ingezet kan worden.

In de huidige wetgeving is er een functie weggelegd voor de geneesheer-directeur. Deze functie komt in het WZD te vervallen. Zijn taken worden overgedragen aan de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke en de zorgverlener. Binnen de Zorgboog is een specialist ouderengeneeskunde aangewezen als geneesheer-directeur (Bopz-arts). Door de komst van het WZD komt de officiële functie van Bopz-arts te vervallen. Voor de Zorgboog houdt dit in dat de taken van de Bopz-arts, zoals het verzorgen van de meldingen van dwangmatige- en nood-vrijheidsbeperkende interventies, toegekend moeten worden aan een of meerdere andere medewerker(s). Voor de andere medewerker(s) wordt (worden) de werklast hierdoor vergroot. Ook betekent het laten vervallen van de functie van Bopz-arts voor de Zorgboog dat er geen algehele leiding met betrekking tot vrijheidsbeperking meer is.

5.3 Externe rechtspositie

In eerste instantie heeft de Zorgboog zelf niet veel te maken met de externe rechtspositie. Desondanks zitten er wel enkele verschillen in waarvan de Zorgboog op de hoogte moet zijn. In het algemeen kan gesteld worden dat een verdeling in drie soorten opnameprocedures blijft bestaan. Deze procedures worden onderverdeeld in twee opnamevormen. Waar in de Wet Bopz gesproken wordt over een artikel 60 Wet Bopz-procedure, wordt in het WZD gesproken over de procedure rond een besluit tot opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging. Deze procedure valt onder de niet-vrijwillige opname. De rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling blijven wel hun naam behouden en vallen onder de onvrijwillige opname. De Zorgboog laat altijd eerst door het CIZ vaststellen of een cliënt vrijwillig of onvrijwillig wordt opgenomen. Deze constatering is niet bij de wet verplicht gesteld, maar kan door de Zorgboog wel blijven gehandhaafd. Wanneer het CIZ zou oordelen dat het geen vrijwillige opname betreft, dient er wel bekeken te worden of de cliënt onvrijwillig of niet-vrijwillig wordt opgenomen.

Voor wat betreft de rechterlijke machtiging is er wel een inhoudelijke verandering die voor de Zorgboog belangrijk is. Allereerst kent de Wet Bopz drie vormen van rechterlijke machtiging, waarvan twee vormen van toepassing kunnen zijn op mensen die bij de Zorgboog zijn of worden opgenomen. Het WZD komt met één rechterlijke machtiging. Daarnaast is het opvallend dat het CIZ op grond van het WZD het bevoegde orgaan is om een rechterlijke machtiging bij de rechter aan te vragen, terwijl in de Wet Bopz de officier van justitie hiertoe bevoegd is.¹³³ Het CIZ staat meer in relatie tot de cliënt en diens familie, omdat het CIZ ook vaststelt of de cliënt zich wel of niet verzet tegen een opname. Het is dan ook een logische keuze van de wetgever om het CIZ als bevoegd orgaan aan te wijzen voor het aanvragen van een rechterlijke machtiging. Wanneer na inwerkingtreding van het WZD een vrijwillig opgenomen cliënt aangeeft dat hij niet langer opgenomen wil blijven maar de zorg die hij nodig heeft wel om een opname in een accommodatie vraagt of wanneer de rechterlijke machtiging verlengd moet worden, kan de zorgaanbieder een aanvraag voor een (verlenging van een) rechterlijke machtiging

¹³² Artikel 2 lid 2 WZD.

¹³³ Artikel 24 lid 3 WZD juncto artikel 1 lid 1 sub d WZD juncto artikel 7.1.2 lid 2 Wlz en artikel 4 Wet Bopz.

indienen bij het CIZ. Hierom is het van belang dat de Zorgboog op de hoogte is van de verandering in het orgaan dat bevoegd is om een rechterlijke machtiging te verzoeken. Voor de inbewaringstelling zijn er veranderingen in de eisen voor het afgeven van een last tot inbewaringstelling. Zo zijn, in tegenstelling tot de Wet Bopz, de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid concreet in het WZD opgenomen. De Zorgboog heeft echter niets met de inhoudelijke procedure rond de inbewaringstelling te maken en dus verandert er op dit gebied niets voor de organisatie.

5.4 Interne rechtspositie

Geen nadere uitleg verdient dat op grond van beide wetten een zorgplan opgesteld moet worden. Er is echter wel een verschil in de termijn waarbinnen een zorgplan opgesteld moet zijn. Volgens de Wet Bopz moet zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorg een zorgplan opgesteld worden.¹³⁴ Het WZD schrijft daarentegen voor dat dit plan binnen zes weken opgesteld moet zijn.¹³⁵ Voor de Zorgboog betekent dit dat zij rekening moet houden met de wettelijk vastgestelde termijn, omdat de termijn die de Zorgboog heeft gesteld niet voldoet aan het WZD. De Zorgboog heeft namelijk geregeld dat binnen twee weken na aanvang van de zorg een voorlopig zorgplan opgesteld moet worden en binnen acht weken een definitief plan. Voor wat betreft de evaluatie van het zorgplan is er ook een belangrijk verschil tussen de Wet Bopz en het WZD. Waar de Wet Bopz spreekt over een regelmatige toetsing en de invulling hiervan over laat aan de zorginstelling, schrijft het WZD voor dat het zorgplan binnen vier weken nadat de zorg op basis van het plan is aangevangen, moet worden geëvalueerd.¹³⁶ Vervolgens dient het zorgplan iedere zes maanden geëvalueerd te worden. De Zorgboog zal de termijn in haar procedures aan moeten passen.

Volgens de Wet Bopz dienen in het zorgplan alle doelstellingen opgenomen te worden, evenals de afspraken over de wijze waarop die doelstellingen worden behaald.¹³⁷ Wanneer dwangbehandeling wordt toegepast, schrijft de Wet Bopz niet specifiek voor wat hierover opgenomen moet worden in het zorgplan. Dit is een verschil met het WZD. Het WZD schrijft namelijk nauwkeurig voor welke gegevens in het zorgplan opgenomen moeten worden bij de afweging en de toepassing van onvrijwillige zorg, zie hiervoor paragraaf 4.1.5. Voor de Zorgboog betekent dit dat zij haar lijst met op te nemen zaken in het zorgplan moet uitbreiden.

Het WZD schrijft, anders dan de Wet Bopz, een soort stappenplan voor alvorens onvrijwillige zorg in het zorgplan kan worden opgenomen. Dit stappenplan bestaat uit regelmatig multidisciplinair overleg in verschillende samenstellingen. Voor de overleggen uit het stappenplan heeft het WZD onderwerpen vastgelegd die in ieder geval besproken moeten worden. De wetgever wil hiermee bewerkstelligen dat het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan een goed overwogen beslissing is.

Wanneer het zorgplan niet (meer) voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt en dit kan leiden tot ernstig nadeel, dienen de volgende stappen doorlopen te worden. Allereerst vindt er een multidisciplinair overleg plaats. Als blijkt dat er geen alternatieven in de vorm van vrijwillige zorg meer zijn, dient er opnieuw multidisciplinair overleg plaats te vinden. In dit overleg wordt onvrijwillige zorg overwogen. Bij dit overleg dient ook instemming van een bij de zorg betrokken arts of een door de minister aangewezen deskundige verkregen te worden. Als uit dit overleg blijkt dat onvrijwillige zorg nodig is, kan het worden toegepast gedurende de overeengekomen termijn. Wanneer blijkt dat de onvrijwillige zorg niet binnen die termijn kan worden afgebouwd, dient opnieuw multidisciplinair overleg plaats te vinden met de bij de zorg betrokken arts of door de minister aangewezen deskundige. Aan dit overleg dient ook een niet bij de zorg betrokken deskundige deel te nemen. Als uit

¹³⁴ Artikel 38 lid 1 Wet Bopz.

¹³⁵ Artikel 5 lid 1 WZD.

¹³⁶ Artikel 2 Besluit rechtspositieregelen Bopz juncto artikel 8 lid 1 WZD.

¹³⁷ Leenen e.a. 2014, p. 195.

dit overleg blijkt dat onvrijwillige zorg noodzakelijk blijft, kan dit voor een overeengekomen termijn worden toegepast. Blijkt vervolgens dat onvrijwillige zorg nog niet afgebouwd kan worden of stemt de cliënt of zijn vertegenwoordiger alsnog niet in met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, dan moet er advies van een externe deskundige ingewonnen worden.¹³⁸

De invoering van het stappenplan zorgt voor de Zorgboog tot een langere procedure voordat tot onvrijwillige zorg overgegaan kan worden. De Zorgboog zal zich er bewust van moeten zijn dat er meerdere stappen doorlopen moeten worden dan bij het toepassen van dwang op grond van de Wet Bopz. Alle medewerkers die betrokken zijn bij de cliënten die op grond van het WZD onvrijwillige zorg ontvangen, zullen een grotere werklast gaan ervaren door de inwerkingtreding van het WZD. Deze medewerkers zullen namelijk veel meer dan op grond van de Wet Bopz overleg moeten voeren over de cliënten en diens situatie. Voor de zorgverleners zou het overigens ideaal zijn wanneer zij een uitgewerkt stappenplan krijgen voor de procedure rond onvrijwillige zorg. Door de inwerkingtreding van het WZD verandert er namelijk het een en ander in de procedures en komen er meer wettelijke vereisten waaraan moet worden voldaan.

Ten aanzien van de meldingsplicht van de toegepaste onvrijwillige zorg vindt er ook een wijziging plaats. Op basis van de Wet Bopz dient iedere dwangbehandeling of inzet van een middel of maatregel voor een noodsituatie aan de IGZ gemeld te worden.¹³⁹ Volgens het WZD kan volstaan worden met een halfjaarlijkse melding. Bij de melding conform het WZD dient de zorgaanbieder een door het bestuur ondertekende analyse van de toegepaste onvrijwillige zorg te overleggen.¹⁴⁰ Dit betekent voor de Zorgboog dat er enerzijds een verlichting is ten aanzien van de meldingsplicht. Niet iedere vorm van dwang hoeft meer apart gemeld te worden, maar kan geclusterd per half jaar ingediend worden. Daar staat tegenover dat de omvang van de te melden onvrijwillige zorg wel gaat toenemen, omdat meer vormen van zorg onder onvrijwillige zorg vallen en hiervoor een analyse opgesteld moet worden. In frequentie wordt de meldingsplicht soepeler, terwijl de omvang van de te melden onvrijwillige zorg naar verwachting toe zal nemen. De Zorgboog zal moeten bekijken wie zij verantwoordelijk stelt voor het verzorgen van de halfjaarlijkse meldingen en het bijhouden of verzamelen van de analyses. Daarnaast moet de Zorgboog een eigen register gaan bijhouden over de toegepaste onvrijwillige zorg.¹⁴¹ De Zorgboog zal ook moeten bedenken wie ze hiervoor verantwoordelijk stelt.

Volgens het WZD kan onvrijwillige zorg toegepast worden als er is voldaan aan de vereisten uit artikel 13. Het gaat in dat geval om de onvrijwillige zorg die in het zorgplan is opgenomen. Artikel 15 WZD schept een procedure voor toepassing van onvrijwillige zorg in geval van een noodsituatie en in geval van een situatie waarin het zorgplan niet heeft kunnen voorzien. Artikel 13 WZD komt in grote lijnen op hetzelfde neer als artikel 38 Wet Bopz: behandeling op basis van de in het zorgplan opgenomen zorg die wordt verleend bij verzet of zonder instemming. Artikel 15 WZD komt in grote lijnen overeen met artikel 39 Wet Bopz: behandeling in een noodsituatie. Wel schrijven de artikelen 13 en 15 WZD specifiek dan de Wet Bopz voor wanneer onvrijwillige zorg daadwerkelijk mag worden toegepast.¹⁴² Zo stellen beide artikelen dat er verantwoord toezicht op de cliënt moet worden gehouden bij de toepassing van onvrijwillige zorg. De Zorgboog zal na moeten gaan denken hoe zij het verantwoord toezicht vorm wil geven, zeker ook in extramurale situaties. In extramurale situaties is namelijk niet constant een zorgverlener in de buurt van de cliënt. Ook is er een verschil te vinden in de termijn voor de toepassing van onvrijwillige zorg in nood- en onvoorziene situaties. Op basis van de Wet Bopz mogen

¹³⁸ Artikel 9, 10 en 11 WZD.

¹³⁹ Artikel 38 lid 6 en artikel 36 Wet Bopz.

¹⁴⁰ Artikel 18 WZD.

¹⁴¹ Artikel 17 WZD.

¹⁴² Zie paragraaf 4.1.6 en 4.1.7.

middelen en maatregelen in een noodsituatie voor maximaal zeven dagen worden toegepast.¹⁴³ Het WZD stelt de termijn voor onvrijwillige zorg in noodsituaties op veertien dagen.¹⁴⁴

5.5 De conceptprocedure

In de vorige paragrafen van dit hoofdstuk zijn de verschillen tussen de Wet Bopz en het WZD uitgewerkt. Deze verschillen hebben voor de Zorgboog consequenties, daar zij diverse veranderingen door zal moeten voeren in haar interne procedures. In bijlage VI is een conceptprocedure voor de Zorgboog opgenomen. Deze conceptprocedure sluit aan bij het WZD en bij de werkwijze van de Zorgboog. Deze procedure is tot stand gekomen in overleg met de Bopz-arts van de Zorgboog, aan de hand van de huidige interne procedures, door gebruikmaking van het meest recente wetsvoorstel en door de praktijkervaringen die de onderzoeker heeft opgedaan door het meelopen op de werkvloer. Er is in dit geval gekozen om één procedure voor de Zorgboog te ontwikkelen, omdat dit makkelijker werkt dan wanneer er verschillende documenten over één onderwerp gelden. Deze conceptprocedure is ontwikkeld voor alle medewerkers van de Zorgboog die zorg gaan verlenen op basis van het WZD.

5.6 Tussenconclusie

Door de inwerkingtreding van het WZD wordt de doelgroep van het wetsvoorstel gespecificeerd ten opzichte van de Wet Bopz. Doordat bepaalde ziekten en aandoeningen met de zorg uit het WZD gelijk worden gesteld, kan de Zorgboog ook te maken krijgen met het WZD bij mensen die geen psychogeriatrische aandoening hebben. De Bopz-aanmerking komt in het WZD te vervallen. Instellingen waarbinnen onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname wordt aangeboden, moeten bij de minister worden geregistreerd. Door het vervallen van de Bopz-aanmerking kan onvrijwillige zorg ook buiten instellingen worden verleend. Voor de Zorgboog betekent dit een uitbereiding van het werkgebied ten aanzien van onvrijwillige zorg. Daarnaast wordt het gevaarscriterium uit de Wet Bopz vervangen door het criterium van ernstig nadeel. Voor de Zorgboog betekent dit dat valgevaar niet meer leidt tot ernstig nadeel en hiervoor geen onvrijwillige zorg meer toegepast kan worden. Het criterium 'dwang' uit de Wet Bopz wordt vervangen door 'onvrijwillige zorg'. De term onvrijwillige zorg is uitgebreider dan het criterium 'dwang' uit de Wet Bopz. De Zorgboog zal zich bewust moeten zijn van deze wijzigingen, omdat dit naar verwachting tot meer onvrijwillige zorg zal leiden. De functie van geneesheer-directeur uit de Wet Bopz komt te vervallen. Zijn taken komen op grond van het WZD toe aan de zorgverantwoordelijke, zorgaanbieder en zorgverlener. De Zorgboog zal moeten gaan bekijken welke specifieke taken aan welke functie toegekend gaan worden. Voor de externe rechtspositie verandert er voor de Zorgboog niet veel, de organisatie moet wel op de hoogte zijn van de wijziging in bevoegdheid voor het aanvragen van een rechterlijke machtiging. Voor wat betreft het zorgplan is het grootste verschil gelegen in de termijnen. Op grond van de Wet Bopz dient het zorgplan zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorg opgesteld te zijn. Het WZD is specifiek en schrijft voor dat het plan binnen zes weken opgesteld moet zijn. Voor de Zorgboog houdt dit in dat zij haar termijnen aan zal moeten passen. Ook de termijn van de evaluatie van het zorgplan wordt gespecificeerd: van regelmatige toetsing naar evaluatie binnen vier weken en vervolgens ieder halfjaar. Het WZD introduceert een stappenplan dat doorlopen moet worden voordat onvrijwillige zorg in het zorgplan opgenomen mag worden. Dit stappenplan zal de Zorgboog intern moeten gaan toepassen. Ook de meldingsplicht verandert. Volgens de Wet Bopz dient dwangbehandeling of de toepassing van een nood-vrijheidsbeperkende interventie apart gemeld te worden aan de IGZ. Op grond van het WZD kan volstaan worden met een halfjaarlijkse melding. Voor het daadwerkelijk toepassen van onvrijwillige zorg schrijft het WZD voor dat er verantwoord toezicht gehouden moet worden. Deze bepaling is nieuw.

¹⁴³ Artikel 39 lid 2 Wet Bopz juncto artikel 3 Besluit middelen en maatregelen Bopz.

¹⁴⁴ Artikel 15 lid 2 WZD.

Hoofdstuk 6: Conclusies & aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de centrale vraag: *Welke aanbevelingen met betrekking tot gedwongen opname en vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen kunnen door vergelijking van de Wet Bopz met het WZD aan de Zorgboog worden gedaan?* Dit hoofdstuk is in grote lijnen hetzelfde opgebouwd als de hoofdstukken 3, 4 en 5. De eerste paragraaf bevat de conclusies naar aanleiding van het onderzoek naar het WZD. In de tweede paragraaf worden vervolgens aanbevelingen gedaan.

6.1 Conclusies

Eerst volgen de algemene conclusies, gevolgd door conclusies over de begrippen, de externe rechtspositie en als laatste de conclusies over de interne rechtspositie.

6.1.1 Algemene conclusies

Evenals in het huidige juridische kader blijft de WGBO bij inwerkingtreding van het WZD ook als *lex generalis* gelden. Wanneer er onderwerpen omtrent onvrijwillige zorg voor psychogeriatrische of verstandelijk beperkte mensen zowel in de WGBO als in het WZD geregeld zijn, gelden de bepalingen van de *lex specialis*, het WZD.

Het WZD is nog niet door de Eerste Kamer aangenomen. Dit betekent dat er nog veranderingen doorgevoerd kunnen worden. Tevens wordt in het WZD verwezen naar een aantal nadere regelingen die nog niet opgesteld zijn.

6.1.2 Conclusies omtrent de begrippen

Het criterium 'gevaar' uit de Wet Bopz wordt in het WZD vervangen door het criterium 'ernstig nadeel'. Dit criterium is breder dan het criterium uit de Wet Bopz. De opsomming die het WZD geeft over ernstig nadeel is niet-limitatief, het betreft de meest voorkomende situaties bij psychogeriatrische mensen of verstandelijk gehandicapten.

Het criterium 'dwang' uit de Wet Bopz wordt in het WZD vervangen door het criterium 'onvrijwillige zorg'. Hetgeen onder onvrijwillige zorg wordt verstaan, is specifiek in het WZD opgenomen. Opmerking verdient dat in twee gevallen niet alleen het verzetten of het niet instemmen leidt tot onvrijwillige zorg, maar dat gedragsbeïnvloedende of bewegingsbeperkende medicatie en maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken ook leiden tot onvrijwillige zorg als de cliënt of zijn vertegenwoordiger er mee instemt of als de cliënt hiertegen geen verzet toont. Daarnaast zijn er nog twee vormen van zorg onder onvrijwillige zorg opgenomen, namelijk maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden en beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten.

Dwang wordt in de huidige wetgeving verleend in zogenaamde instellingen met een Bopz-aanmerking. Deze aanmerking komt door inwerkingtreding van het WZD te vervallen. Onvrijwillige zorg is onafhankelijk van de locatie, dus kan zowel binnen instellingen als in thuissituaties plaatsvinden. Onvrijwillige opname daarentegen mag alleen plaatsvinden in een geregistreerde accommodatie van een zorgaanbieder.

De functie van geneesheer-directeur uit de Wet Bopz komt in het WZD te vervallen. Zijn taken worden op basis van het WZD overgenomen door de zorgaanbieder, zorgverantwoordelijke en zorgverlener.

6.1.3 Conclusies omtrent de externe rechtspositie

De Wet Bopz kent drie verschillende opnamevormen: de artikel 60 Wet Bopz-procedure, de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling. Het WZD onderscheidt grofweg twee opnamevormen: de niet-vrijwillige opname en de onvrijwillige opname. Onder de niet-vrijwillige opname wordt de procedure voor opname en verblijf verstaan. Deze procedure

komt grotendeels overeen met de artikel 60 Wet Bopz-procedure. De niet-vrijwillige opname bevat aldus de procedure waarbij de cliënt geen bereidheid maar ook geen verzet toont voor de opname. Onder de onvrijwillige opname vallen de procedures van de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling. Dit betreffen de procedures die van toepassing zijn als de cliënt zich verzet tegen een opname.

Bij de niet-vrijwillige opnamevorm uit het WZD worden meer specifieke eisen gesteld dan bij de artikel 60 Wet Bopz-procedure. Zo schrijft de procedure voor opname en verblijf voor dat het CIZ een dergelijk besluit af kan geven als er geen sprake is van bereidheid tot opname en verblijf of voortzetting van het verblijf, maar de cliënt zich er ook niet tegen verzet. Ook moet het gedrag van de cliënt naar oordeel van het CIZ als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, leiden tot ernstig nadeel én moet er zijn voldaan aan de beginsel van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Voor de artikel 60 Wet Bopz-procedure hoeft het CIZ enkel van oordeel te zijn dat er een noodzaak tot opname bestaat.

De Wet Bopz kent drie verschillende vormen van rechterlijke machtiging. In het WZD is dit teruggebracht naar één vorm. In de Wet Bopz is tevens geregeld dat een aanvraag voor een rechterlijke machtiging ingediend wordt door de officier van justitie. Het WZD geeft deze taak aan het CIZ.

Zowel bij de niet-vrijwillige als de onvrijwillige opnamevorm zijn de specifieke beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid wettelijk vastgelegd. In de Wet Bopz waren deze eisen door jurisprudentie van toepassing verklaard op de opnameprocedures.

6.1.4 Conclusies omtrent de interne rechtspositie

In de Wet Bopz wordt gesteld dat het behandelingsplan zo spoedig mogelijk opgesteld dient te worden. Het WZD is hier meer specifiek in. Volgens het WZD dient het plan binnen zes weken opgesteld te zijn. De Zorgboog heeft de termijn voor het opstellen van het zorgplan gesteld op acht weken na aanvang van de zorg.

Het WZD schrijft specifiek voor wat er in het geval van onvrijwillige zorg in het zorgplan moet worden opgenomen. De Zorgboog heeft ook nu al heel specifiek in haar procedures omschreven welke gegevens in het zorgplan opgenomen moeten worden, maar de vereisten uit het WZD komen op dit moment nog niet allemaal terug in het lijstje van de Zorgboog.

Ook voor wat betreft de evaluatie van het zorgplan is het WZD specifiek. De Wet Bopz schrijft namelijk voor dat het behandelingsplan zo opgesteld moet worden dat een regelmatige toetsing mogelijk is. Het WZD stelt daarentegen dat het zorgplan binnen vier weken na aanvang van de zorg geëvalueerd moet worden. De Zorgboog stelt alleen een termijn voor de evaluatie van het zorgplan indien er sprake is van dwangbehandeling of een vrijheidsbeperkende interventie, waarbij die termijn drie maanden is.

Het WZD schrijft concreet voor dat er, alvorens onvrijwillige zorg wordt overwogen, bekeken moet worden of er nog vrijwillige alternatieven zijn. Dit wordt bekeken aan de hand van een multidisciplinair overleg. Pas als uit dit overleg geconcludeerd wordt dat er geen alternatieven voor vrijwillige zorg meer zijn, kan onvrijwillige zorg worden overwogen. Voordat onvrijwillige zorg daadwerkelijk toegepast mag worden of opgenomen mag worden in het zorgplan, vinden er eerst nog verschillende overleggen plaats, waaronder een multidisciplinair overleg met een bij de zorg betrokken arts, met een niet bij de zorg betrokken deskundige of met een externe deskundige. De weg naar het daadwerkelijk toepassen of opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan is middels

een soort stappenplan in het WZD opgenomen. Dit is nieuw ten opzichte van de Wet Bopz.

Op grond van de Wet Bopz dient dwangbehandeling en het toepassen van middelen en maatregelen per keer gemeld te worden aan de IGZ (voor de Zorgboog zijn dit de dwangmatige vrijheidsbeperkende interventies en de nood-vrijheidsbeperkende interventies). Het WZD heeft deze meldplicht verruimd: ieder halfjaar dient de zorgaanbieder aan de IGZ een overzicht van de toegepaste onvrijwillige zorg te overhandigen.

Nieuw in het WZD is de verplichting dat er bij toepassing van onvrijwillige zorg op verantwoorde wijze toezicht wordt gehouden op de cliënt. Het WZD zegt verder niet hoe dit toezicht ingekleed moet worden.

Het daadwerkelijk toepassen van onvrijwillige zorg, ook in noodsituaties, is op basis van het WZD aan verschillende eisen gebonden. Zo moet het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, leiden tot ernstig nadeel ofwel het ernstig nadeel moet zich daadwerkelijk voordoen. Daarnaast moet er zijn voldaan aan de beginselen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit én moet er op verantwoorde wijze toezicht worden gehouden tijdens de toepassing van onvrijwillige zorg.

6.2. Aanbevelingen

In deze paragraaf worden aanbevelingen aan de Zorgboog gedaan naar aanleiding van de hierboven genoemde conclusies. Ook de aanbevelingen worden opgesplitst in algemene aanbevelingen, aanbevelingen omtrent begrippen, gevolgd door aanbevelingen ten aanzien van de externe rechtspositie en tot slot voor de interne rechtspositie.

6.2.1 Algemene aanbevelingen

Het is raadzaam om alle procedures en voorschriften omtrent het WZD in één notitie op te nemen. Voor de medewerkers werkt dit overzichtelijk en zo kan er geen onduidelijkheid bestaan over welk intern document ze moeten raadplegen. Daarnaast is het aan te bevelen om de medewerkers middels een scholing op de hoogte te brengen van alle wijzigingen door de inwerkingtreding van het wetsvoorstel.

Aan te raden is om de voortgang van het WZD in de gaten te houden. Omdat het nog een voorstel betreft, kunnen er bij de daadwerkelijke inwerkingtreding nog een aantal wijzigingen worden doorgevoerd. De Zorgboog zal in de gaten moeten houden hoe uiteindelijk de reikwijdte van het WZD zal zijn voor extramurale situaties. Ook voor wat betreft de nog op te stellen nadere regelingen zal de Zorgboog moeten bekijken wat deze regelingen gaan inhouden.

6.2.2 Aanbevelingen omtrent de begrippen

Aan de Zorgboog wordt aangeraden om de termen 'ernstig nadeel' en 'onvrijwillige zorg' in haar interne procedure op te nemen. Ook is het raadzaam de opsommingen van de situaties die onder de begripsomschrijving vallen in de interne procedure op te nemen. Daarbij is het belangrijk dat valgevaar als zijnde een situatie van ernstig nadeel in de interne procedure wordt uitgesloten.

Voor het criterium 'onvrijwillige zorg' wordt aanbevolen om een concreet schema in de procedure op te nemen waarin wordt beschreven welk middel of welke maatregel die binnen de Zorgboog kan worden toegepast, behoort tot welke vorm van onvrijwillige zorg.

De Zorgboog zal na moeten gaan denken wie de halfjaarlijkse meldingen van de toegepaste onvrijwillige zorg gaat verzorgen, omdat het melden van de nood- en dwangmatige vrijheidsbepalende interventies nu een taak van de Bopz-arts is. Aan te bevelen valt een soortgelijke functie van Bopz-arts, als zijnde een WZD-arts, binnen de organisatie te behouden. Een dergelijke arts zou als centraal aanspreekpunt rondom alle zaken van het WZD kunnen dienen, omdat er voor veel medewerkers iets gaat veranderen en te verwachten is dat er veel vragen zullen zijn, zeker de eerste tijd. Ook zou een dergelijke arts de aangewezen persoon kunnen zijn om het register ex artikel 17 WZD bij te houden en de halfjaarlijkse melding van onvrijwillige zorg aan de IGZ te verzorgen.

6.2.3 Aanbevelingen omtrent de externe rechtspositie

Voor wat betreft de benamingen van de verschillende opnameprocedures wordt aan de Zorgboog aanbevolen om aan te sluiten bij de benamingen uit het WZD. Dit betekent dat er een onderscheid gemaakt moet worden in de procedure voor opname en verblijf als zijnde een niet-vrijwillige procedure en de onvrijwillige procedure met de rechterlijke machtiging en inbewaringstelling.

Aangeraden wordt om in de interne procedure van de Zorgboog op te nemen dat een aanvraag voor een rechtelijke machtiging of een verlenging hiervoor ingediend moet worden bij het CIZ.

6.2.4 Aanbevelingen omtrent de interne rechtspositie

Aanbevolen wordt om duidelijk in de procedure te vermelden dat de zorgverantwoordelijke, binnen de Zorgboog is dit nu nog de specialist ouderengeneeskunde, ervoor moet zorgen dat het zorgplan uiterlijk binnen zes weken na aanvang van de zorg wordt opgesteld.

Aan te bevelen is dat de Zorgboog exact in haar procedure vermeldt welke gegevens er in het geval van onvrijwillige zorg in het zorgplan moeten worden opgenomen.

De Zorgboog doet er goed aan om het stappenplan uit het WZD in haar procedure op te nemen, met daarbij alle bijbehorende vereisten zoals wie moet bij welk overleg aanwezig zijn, wat moet er in het zorgplan worden opgenomen, et cetera. Om het werkbaar te houden is het raadzaam om in ieder geval het stappenplan in een soort stroomdiagram uit te leggen. Medewerkers kunnen dan door middel van het beantwoorden van vragen ondervinden welke stappen zij moeten doorlopen en welke eisen daarbij horen.

Aan te raden is om de evaluatietermijn van het zorgplan in de procedurebeschrijving op te nemen. Daarnaast is het voor de Zorgboog raadzaam om de diverse termijnen voor bijvoorbeeld de toepassing van onvrijwillige zorg en de evaluatie van het zorgplan in QIC op te nemen, waarbij tijdig voor die datum een melding wordt weergegeven om een overleg te plannen.

De Zorgboog zal na moeten gaan denken hoe zij de diverse multidisciplinaire overleggen wil gaan organiseren en vormgeven. Dit geldt zeker voor onvrijwillige zorg in extramurale situaties, omdat dit voor extramurale situaties geheel nieuw is. Dit geldt eveneens voor de eis van verantwoord toezicht bij het daadwerkelijk toepassen van onvrijwillige zorg.

Zoals geconcludeerd zijn de eisen voor het daadwerkelijk toepassen van onvrijwillige zorg op grond van het WZD strenger dan de eisen die de Wet Bopz stelt. Aanbevolen wordt deze eisen concreet door te voeren in de interne procedure.

Literatuurlijst

Bastiaans e.a. 2013

M.H. Bastiaans e.a., *Leidraad voor juridische auteurs*, Deventer: Kluwer 2013.

Boot 2013

J.M. Boot, *De Nederlandse gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2013.

Frederiks & Blankman 2013

B.J.M. Frederiks & K. Blankman, 'Wetsvoorstel Zorg en dwang: impact van de recente wijzigingen voor het veld en de cliënt', *TvGR* 2013, afl. 4.

Frederiks en Widdershoven 2012

B. Frederiks en T-P. Widdershoven, 'Wetsvoorstel Zorg en Dwang: volle vaart vooruit of opnieuw een herbezinning?', *NJB* 2012/826.

Hanning en Van Vliet 2012

R. Hanning en A. van Vliet, *'Ruim 60 alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg: een praktisch hulp- en inspiratiemiddel bij het afbouwen van vrijheidsbeperking'*, Utrecht: Vilans 2012.

Leenen e.a. 2014

H.J.J. Leenen e.a., *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2014.

Tervoort 2010

M. Tervoort, *Forensische psychiatrie: tussen dwang en vrijblijvendheid*, Assen: Koninklijke Van Gorcum BV 2010.

Van Schaijk 2011

G.A.F.M. Van Schaijk, *Praktijkgericht juridisch onderzoek*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2011.

Voortschrijdende inzichten 2007

Evaluatierapport 'Voortschrijdende inzichten', derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz', Den Haag: Ministerie VWS 2007.