



De gevolgen van de WZD voor BOPZ-verpleeginstellingen en de psychogeriatrische cliënt

Toetsing van:
Scriptieonderzoek
HBR-AS17-AS



Student:	Dagmar Flanderhijn – S1086797 – Law4E
School:	Hogeschool Leiden, opleiding HBO-Rechten
Onderzoeksbegeleider:	Mevrouw Stoter
Onderzoeksdocent:	De heer Verstuijf
Opdrachtgever:	TeekensKarstens advocaten notarissen Leiden, Mevrouw Boulassel
Inleverdatum:	13 juni 2018
Studiejaar:	2017-2018, blok 16

Voorwoord

Bij deze wil ik Chris bedanken dat ik het verhaal van haar vader voor deze scriptie heb mogen gebruiken. Ik wens haar en haar familie, maar zeker ook haar vader, sterkte en kracht toe die zij nodig hebben.

Daarnaast wil ik alle respondenten bedanken die hebben meegewerkt bij het invullen van het praktijkgedeelte. Ondanks de werkdruk in de zorg hebben zij de tijd genomen om de enquête in te vullen of om met mij te spreken.

Verder wil ik mevrouw Stoter (mijn afstudeerbegeleidster vanuit Hogeschool Leiden) bedanken voor haar hulp, maar vooral ook voor de positieve input en motivatie.

Tot slot wil ik TeekensKarstens advocaten notarissen te Leiden bedanken dat zij mij de mogelijkheid hebben gegeven om deze afstudeeropdracht voor hen te mogen uitvoeren.

Samenvatting

Op 23 januari 2018 heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel Zorg en Dwang aangenomen. De Wet Zorg en Dwang (hierna WZD) zal de huidige Wet Bijzondere Opnemings in Psychiatrische Ziekenhuizen (hierna Wet BOPZ) per januari 2020 gaan vervangen. De Wet BOPZ regelt de gedwongen opname van onder andere psychogeriatrische cliënten.

TeekensKarstens advocaten notarissen (hierna TK) staat op het gebied van het gezondheidsrecht zorginstellingen bij, die onder andere zorg vanuit de Wet BOPZ mogen verlenen. Momenteel heeft TK zich in grote lijnen verdiept in de wijzigingen van de WZD. Echter TK wil graag over meer informatie over de WZD, zodat zij haar cliënten handvatten kan bieden ten aanzien van de wijzigingen die de WZD gaat doorvoeren.

Bovengenoemd knelpunt zal worden onderzocht aan de hand van de geformuleerde doelstelling en centrale vraag. Het doel van dit onderzoek is het vaststellen van de wijzigingen die de invoering van de WZD, ten opzichte van de Wet BOPZ, voor zowel de psychogeriatrische cliënt als de BOPZ-instelling doorvoert. Hieruit is de volgende centrale vraag geformuleerd: *“Welk advies kan aan TeekensKarstens advocaten notarissen worden gegeven ten aanzien van de veranderingen die de WZD voor BOPZ-instellingen en niet eerder opgenomen psychogeriatrische cliënten gaat doorvoeren op basis van wetsanalyse, literatuuronderzoek en enquêtes?”*. De in de centrale vraag genoemde onderzoeksmethoden zullen worden gebruikt om de doelstelling te behalen en de centrale vraag te beantwoorden.

Uit het literatuuronderzoek en wetsanalyse zijn de volgende resultaten gekomen. Als eerste is gebleken dat de Wet BOPZ om twee redenen wordt vervangen. Ten eerste is de Wet BOPZ oorspronkelijk voor de psychiatrie geschreven, hierdoor sluit de wet niet aan op de zorg voor psychogeriatrische cliënten. Ten tweede heeft de Wet BOPZ een beperkte reikwijdte. De zorg vanuit de Wet BOPZ kan enkel binnen BOPZ-instellingen worden verleend.

Een tweede resultaat is dat de WZD een aantal wijzigingen doorvoert, maar ook een aantal aspecten vanuit de Wet BOPZ overneemt. De wijzigingen zien voornamelijk op de externe rechtspositie, de inhoudelijke toetsingscriteria en begrippen en het in de wet verankeren van de zorgvuldigheidsbeginselen. De aspecten die (gedeeltelijk) uit de Wet BOPZ zijn overgenomen zijn: indicatiestellingsprocedure, de cliëntenrechten en het zorgplan.

Ten aanzien van de enquêtes is een opmerkelijke constatering gedaan. Uit het voortraject, waarin BOPZ-instellingen zijn benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek, is gebleken dat deze instellingen de WZD momenteel niet als prioriteit zien. Een groot aantal van de benaderde instellingen heeft om een drietal redenen niet deelgenomen aan de enquête. Gezien het voorgaande is er daarom voor gekozen om een aparte enquête onder huisartsen te houden.

Na alle deelvragen te hebben beantwoord is er een eindconclusie getrokken. Geconcludeerd kan worden dat instellingen momenteel niet over alle benodigde kennis over de Wet BOPZ beschikken. Verder blijkt dat instellingen momenteel al bezig zijn met het implementeren van de WZD in hun huidige beleid. Daarentegen dienen instellingen nog de nodige veranderingen door te voeren om per 1 januari 2020 aan de WZD te kunnen voldoen.

Naar aanleiding van voorgenoemde conclusie zijn drie aanbevelingen gedaan die TK bij haar advisering van zorginstellingen kan inzetten. De aanbevelingen zien op het activeren van instellingen en hun kennis actualiseren. Die aanbevelingen die aan TK zijn gedaan:

1. Het organiseren van een voorlichting voor BOPZ-verpleeghuizen;
2. Een factsheet¹ met de belangrijkste wijzigingen van de WZD ten opzichte van de Wet BOPZ;
3. Instellingen adviseren om haar personeel op een actieve wijze, door middel van een escaperoom en 'Over de streep', op de hoogte te brengen van de wijzigingen die de WZD zal gaan doorvoeren.

¹ Bijlage 23, Beroepsproduct: Factsheet.

Afkortingenlijst

<i>Bmm-BOPZ</i>	Besluit middelen en maatregelen BOPZ
<i>CIZ</i>	Centrum Indicatiestelling Zorg
<i>CVP</i>	Cliëntenvertrouwenspersoon
<i>IBS</i>	Inbewaringstelling
<i>IGJ</i>	Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd
<i>M&M</i>	Dwangmiddelen en -maatregelen
<i>MDO</i>	Multidisciplinair overleg
<i>OvJ</i>	Officier van Justitie
<i>RM</i>	Rechterlijke machtiging
<i>Wet BOPZ</i>	Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
<i>WGBO</i>	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
<i>WZD</i>	Wet Zorg en Dwang

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Afkortingenlijst	6
Hoofdstuk 1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding onderzoek	9
1.2 Probleemanalyse	9
1.3 Doelstelling, centrale vraag en deelvragen	11
1.4 Operationaliseren	11
1.5 Onderzoeksmethoden	14
1.6 Leeswijzer	15
Hoofdstuk 2 Wet BOPZ	16
2.1 Achtergrond van de Wet BOPZ	16
2.2 Rechtsbeginselen van de Wet BOPZ	17
2.3 Externe rechtspositie	17
2.3.1 Gevaarscriterium	18
2.3.2 Geneeskundige verklaring	18
2.3.3 Inbewaringstelling	19
2.3.4 Rechterlijke machtiging	20
2.3.5 Indicatiebesluit	21
2.4 Interne rechtspositie	22
2.4.1 Rechten van de cliënt	22
2.4.2 Bevoegdheden en plichten van de zorgaanbieder	26
2.5 Conclusie	28
Hoofdstuk 3 Wet Zorg en Dwang	30
3.1 Het wetsvoorstel van de WZD	30
3.2 Externe rechtspositie	31
3.2.1 Ernstig nadeel-criterium	31
3.2.2 Opname en verblijf in crisissituaties (IBS)	32
3.2.3 Onvrijwillige opname (rechterlijke machtiging)	33
3.2.4 Niet-vrijwillige opname (indicatiebesluit)	34
3.3 Interne rechtspositie	34
3.3.1 Zorgplan	34
3.3.2 Het gebruik van dwang	36
3.3.3 Rechtsbescherming	39
3.3.3.1 Cliëntgebonden	40
3.3.3.2 Externe klachtencommissie	40
3.3.3.3, Cliëntenvertrouwenspersoon	40
3.3.3.4 Mentorschap	41
3.3.4 Overleg	41
3.3.5 Rechten van de cliënt	42
3.3.6 Bevoegdheden en plichten van de zorgaanbieder	44
3.4 Conclusie	46
Hoofdstuk 4 Resultaten enquêtes	47
4.1 Geen deelname	47
4.2 Resultaten enquête BOPZ-instellingen	47
4.3 Resultaten enquête huisartsen	51
4.4 Conclusie	54
Hoofdstuk 5 Conclusie	55

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen.....	56
Tenslotte	57
Literatuurlijst	58
Bijlage 1, Gesprek met dochter van betrokkene	63
Bijlage 2, Stappenplan Wet zorg en dwang: Zorgplan opstellen	65
Bijlage 3, Telefoon- en maillogboek	67
Bijlage 4, Interview beleidsmedewerker	69
Bijlage 5, Analyseschema enquête BOPZ-verpleeghuis.....	71
Bijlage 6, Overzicht enquête BOPZ-verpleeghuis	73
Bijlage 7, Enquête 1 BOPZ-verpleeghuis	75
Bijlage 8, Enquête 2 BOPZ-verpleeghuis	77
Bijlage 9, Enquête 3 BOPZ-verpleeghuis	79
Bijlage 10, Enquête 4 BOPZ-verpleeghuis	81
Bijlage 11, Enquête 5 BOPZ-verpleeghuis	83
Bijlage 12, Enquête 6 BOPZ-verpleeghuis	85
Bijlage 13, Enquête 7 BOPZ-verpleeghuis	87
Bijlage 14, Enquête 8 BOPZ-verpleeghuis	89
Bijlage 15, Enquête 9 BOPZ-verpleeghuis	91
Bijlage 16, Enquête 10 BOPZ-verpleeghuis	93
Bijlage 17, Analyseschema enquête Huisartsen.....	95
Bijlage 18, Overzicht enquête Huisartsen	97
Bijlage 19, Enquête 1 Huisartsen.....	99
Bijlage 20, Enquête 2 Huisartsen.....	101
Bijlage 21, Enquête 3 Huisartsen.....	103
Bijlage 22, Enquête 4 Huisartsen.....	105
Bijlage 23, Beroepsproduct: Factsheet.....	107

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

Betrokkene was tot anderhalf jaar geleden een vitale, zelfstandige, zorgzame man die grote waarde hechtte aan etiquette. Zo verzorgde betrokkene zijn vrouw die al 50 jaar aan Schizofrenie lijdt. Momenteel is betrokkene 80 jaar en niet meer de man, vader en opa die hij tot anderhalf jaar geleden was.

Dit is een waargebeurd verhaal dat de beste vriendin van mijn moeder, Chris, aan de zijlijn moet toezien. Tot het moment dat de slopende ziekte Alzheimer toesloeg was betrokkene pienter. Vanuit Friesland kwam hij met zijn vrouw helemaal naar Leiderdorp gereden. Maar op een gegeven moment ging het niet mee. Opeens wist hij de weg niet meer die hij normaal gesproken blindelings naar zijn dochter in Leiderdorp, of het ziekenhuis in Leiden kon rijden. Dat bleek ook die ene middag. Er waren al een aantal uur voorbij gestreken en betrokkene was nog steeds niet in het ziekenhuis verschenen. Toen de politie bijna was ingeschakeld, werd er gebeld. Betrokkene stond een aantal dorpen verderop bij een Chinees restaurant. Een oplettende voorbijganger zag dat betrokkene al een tijdje door het dorp aan het rijden was.

Vanaf dat moment is betrokkene snel achteruitgegaan. Van een zelfstandige, lieve man met etiquette, naar een opstandige, eigenwijze en soms ook agressieve man die niets meer van zijn etiquette liet zien. Deze man is niet meer de vader van Chris.

Het mag wel duidelijk zijn dat het niet langer op deze manier ging. Door de steeds verslechterende situatie is betrokkene uiteindelijk met een inbewaringstelling opgenomen.

In deze scriptie zal het opnametraject van betrokkene worden gevolgd. Om een duidelijk beeld van zijn situatie te krijgen, wordt u doorverwezen naar bijlage 1.

1.2 Probleemanalyse

Binnen het gezondheidsrecht bestaat de mogelijkheid om gedetineerden, psychiatrische cliënten, psychogeriatrische cliënten en verstandelijk beperkten gedwongen op te nemen in een psychiatrische instelling. Tot op heden is de juridische grondslag van gedwongen opname in de Wet BOPZ verankerd. Op 23 januari 2018 heeft de Eerste Kamer drie wetsvoorstellen aangenomen die de Wet BOPZ zullen gaan vervangen. Het doel van deze wetten is een aparte wettelijke regeling die is toegesneden op de

specifieke situatie van voorgenoemde cliëntengroepen. Voor psychogeriatrische cliënten en verstandelijk beperkten wordt de WZD de nieuwe wet.

TK staat op het gebied van gezondheidsrecht zorginstellingen bij die te maken hebben met gedwongen opname van psychogeriatrische cliënten. Psychogeriatrische cliënten zijn oudere mensen die aan een vorm van dementie lijden. De leeftijd waarop deze aandoening ontstaat ligt rond de 60 jaar.² In deze scriptie zal de focus worden gelegd op psychogeriatrische cliënten die niet eerder in een verpleeghuis zijn opgenomen. Het gaat om situaties zoals die van betrokkene.

TK heeft zich in grote lijnen in de invoering van de WZD verdiept. TK wil graag meer weten over de gevolgen die de WZD voor cliënten en zorginstellingen met zich meegaat brengt. Gezien het voorgaande wil TK haar cliënten tijdens de advisering over de WZD van handvatten voorzien. Voor TK is het van belang om meer kennis te vergaren over de gevolgen die de invoering van de WZD voor haar cliënten heeft. Indien TK haar cliënten wil voorzien van goed advies ten aanzien van de WZD, moet in kaart worden gebracht welke veranderingen de WZD voor cliënten en zorginstellingen per 1 januari 2020 zullen gelden.

Dit onderzoek zal betrekking hebben op de veranderingen die de WZD voor zorginstellingen en de cliënt met zich meebrengt. Daarmee is het doel van dit onderzoek het in kaart brengen van de wijzigingen die de WZD voor cliënten en zorginstellingen ten opzichte van de Wet BOPZ doorvoert. Daarbij worden een vergelijking gemaakt tussen de huidige situatie en de toekomstige situatie. Zo zal de Wet BOPZ worden geëvalueerd en wordt vervolgens gekeken of de positieve punten van de Wet BOPZ zijn gehandhaafd en de knelpunten zijn opgelost. De onderzoeksmethoden wetsanalyse, literatuuronderzoek en enquêtes onder zorginstellingen zullen voor dit onderzoek worden gebruikt. Daarbij zullen een aantal aspecten worden onderzocht. Ten eerste zal onderzocht worden welke verplichtingen de huidige Wet BOPZ voor zorginstellingen met zich meebrengt en welke rechten de cliënt heeft. Ten tweede zal onderzocht worden hoe zorginstellingen de Wet BOPZ momenteel toepassen. Ten slotte zal worden onderzocht welke wijzigingen de WZD voor zorginstellingen en cliënten met zich meebrengt. Indien in kaart is gebracht hoe de huidige situatie is en welke wijzigingen de WZD met zich meebrengt, kan een advies worden gegeven met de stappen die zorginstellingen dienen te ondernemen om per 1 januari 2020 aan de WZD kunnen te voldoen.

² Auteur onbekend, 'Dementie: Prevalentie naar leeftijd', *Volksgezondheidszorg.nl* (bezoekt op 8 april 2018), (zoek op 'Dementie' kies het bovenste resultaat en kies vervolgens *Cijfers&Context*).

1.3 Doelstelling, centrale vraag en deelvragen

In deze paragraaf worden het doel van dit onderzoek en de vraagstellingen weergegeven.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is TeekensKarstens advocaten notarissen middels wetsanalyse, literatuuronderzoek en enquêtes te adviseren omtrent de wijzigingen die invoering van de WZD ter vervanging van de Wet BOPZ voor BOPZ-zorginstellingen en niet eerder opgenomen psychogeriatrische cliënten met zich meebrengt door in kaart te brengen op welke punten de WZD ten opzichte van de Wet BOPZ verschilt.

Centrale vraag

“Welk advies kan aan TeekensKarstens advocaten notarissen worden gegeven ten aanzien van de veranderingen die de WZD voor BOPZ-zorginstellingen en niet eerder opgenomen psychogeriatrische cliënten gaat doorvoeren op basis van wetsanalyse, literatuuronderzoek en enquêtes?”

Deelvragen

Theoretisch-juridische deelvragen

1. Welke rechten en plichten hebben niet eerder opgenomen psychogeriatrische cliënten en BOPZ-instellingen op grond van de Wet BOPZ blijkens wetsanalyse en literatuuronderzoek?
2. Wat zijn volgens wetsanalyse de redenen dat de Wet BOPZ wordt vervangen door de WZD?
3. Wat verandert er voor niet eerder opgenomen psychogeriatrische cliënten en BOPZ-instellingen door de invoering van de WZD middels wetsanalyse en literatuuronderzoek?

Praktijkgerichte deelvragen

4. Hoe passen BOPZ-zorginstellingen de Wet BOPZ momenteel toe door middel van enquêtes?
5. In welke mate draagt de invoering van de WZD bij aan een positieve of negatieve verandering ten opzichte van de Wet BOPZ middels enquêtes?

1.4 Operationaliseren

In deze scriptie worden een aantal begrippen genoemd die op meerdere manier voor uitleg vatbaar zijn, of die vaag kunnen overkomen. In deze paragraaf zullen de betreffende begrippen worden behandeld.

Betrokkene

Met dit begrip wordt de cliënt aangeduid die in deze scriptie centraal staat.³ Verder is voor deze term gekozen omdat deze ook in de rechtspraak wordt gebruikt.

Cliënt

In de praktijk van de psychogeriatric wordt over het algemeen gesproken over de ‘cliënt’ in plaats van de ‘patiënt’. In de lopende tekst zal daarom de term cliënt worden aangehaald.

Een niet eerder opgenomen psychogeriatric cliënt

Een cliënt die de leeftijd van 60 jaar heeft bereikt.⁴ Hij is tot op dit moment niet eerder in een BOPZ-verpleeghuis opgenomen.

Gedwongen opname

Een cliënt wil niet worden opgenomen, maar de rechter of burgemeester vindt opname noodzakelijk. Indien is voldaan aan de in artikel 2 en 3 of in artikel 20 Wet BOPZ opgenomen criteria, zal de cliënt gedwongen worden opgenomen in een instelling met een BOPZ-aanmerking.⁵ De opname vindt plaats op basis van een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling.⁶

Geneesheer-directeur

De Wet BOPZ kent de geneesheer-directeur bevoegdheden toe. Echter is deze functie over het algemeen niet van toepassing binnen verpleeghuizen.⁷ Daarom is er binnen de psychogeriatric sprake van: *“De ‘BOPZ-arts’ of de ‘geneeskundige belast met de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in de instelling, inclusief de uitvoering van de wet BOPZ’ (art. 1 lid 3 Wet BOPZ).”*^{8,9} In het vervolg van deze scriptie zal daarom het begrip ‘BOPZ-arts’ worden gebruikt wanneer de Wet BOPZ over ‘geneesheer-directeur’ spreekt. Indien de geneesheer-directeur daadwerkelijk een rol binnen de psychogeriatric vervult, dan zal gesproken worden van de geneesheer-directeur.

³ Bijlage 1, Gesprek met dochter van betrokkene

⁴ Auteur onbekend, ‘Dementie: Prevalentie naar leeftijd’, Volksgezondheidenzorg.nl (bezocht op 8 april 2018), (zoek op ‘Dementie’ kies het bovenste resultaat en kies vervolgens *Cijfers&Context*).

⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ‘Gedwongen opname’, Dwangindezorg.nl (bezocht op 20 maart 2018) (zoek op *Gedwongen opname*, klik op het vijfde zoekresultaat).

⁶ CIZ, ‘Onvrijwillige opname in een zorginstelling’, Ciz.nl (bezocht op 20 maart 2018) (Ga naar het home-menu, kies *Cliënt*, klik vervolgens op *Onvrijwillige opname in een zorginstelling*).

⁷ Keurentjes 2016, p. 226.

⁸ Verenso Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, ‘Model taakomschrijving BOPZ-arts in het verpleeghuis’, Verenso.nl (bezocht op 20 maart 2018) (zoek op *Model taakomschrijving BOPZ-arts in het verpleeghuis*, klik op de link *Taakomschrijving van de BOPZ-arts*).

⁹ Verenso Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, ‘Taakomschrijving BOPZ-arts in het verpleeghuis’, Verenso.nl (bezocht op 20 maart 2018) (zoek op *Model taakomschrijving BOPZ-arts in het verpleeghuis*).

Inspecteur voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

Tot oktober 2017 hield de Inspecteur voor de Gezondheidszorg (hierna IGZ) toezicht op de zorg die wordt verleend. Vanaf voorgenoemde datum is het IGZ gefuseerd met de Inspectie Jeugdzorg. Sinds dat moment heten beide organisaties tezamen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In het vervolg van deze scriptie zal daarom voor het gemak over de IGJ worden gesproken.

Negatieve verandering

Een verslechtering van de situatie die de praktijk van de BOPZ-gezondheidszorg ervaart door de invoering van de WZD ten opzichte van de Wet BOPZ.

Onvrijwillige opname

Binnen de Wet BOPZ kan een cliënt onvrijwillig worden opgenomen. De cliënt stemt niet in, of geeft niet de nodige blijk dan wel verzet ten aanzien van de opname. Hierdoor zal onvrijwillige opname plaatsvinden door middel van een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling of indicatiebesluit.

Positieve verandering

Een verbetering van de situatie die de praktijk van de BOPZ-gezondheidszorg ervaart door de invoering van de WZD ten opzichte van de Wet BOPZ.

Psychiatrisch ziekenhuis

Het begrip 'psychiatrisch ziekenhuis' is breder dan enkel psychiatrische ziekenhuizen. In de *Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis BOPZ*¹⁰ worden zorginstellingen, verpleeginrichtingen en inrichtingen voor verstandelijk beperkten gelijkgesteld met een psychiatrisch ziekenhuis. In bijlage 2 van de regeling is een lijst opgenomen van verpleeghuizen die gelijk zijn gesteld met psychiatrische ziekenhuizen.¹¹ Deze instellingen zijn bevoegd om dwangopname aan te bieden.¹²

Zorgaanbieder

De instelling die bevoegd is om zorg vanuit de Wet BOPZ dan wel WZD aan de cliënt te verlenen.

Zorgverantwoordelijke

De hulpverlener die door de zorgaanbieder is aangewezen om de zorg namens de zorgaanbieder aan de cliënt te verlenen.

¹⁰ *Stcrt.* 2018, 21008.

¹¹ Arends 2006, p. 17.

¹² Dijkers & Widdershoven 2015, p. 11.

1.5 Onderzoeksmethoden

Theoretisch-juridische deelvragen (1 t/m 3)

Om deze deelvragen te beantwoorden zijn de onderzoeksmethoden wetsanalyse en literatuuronderzoek gebruikt. De volgende literatuur en wetgeving is daarvoor gebruikt: Wet BOPZ, WZD, Memorie van Toelichting van voorgenoemde wetten, juridische vakbladen, diverse boeken over het gezondheidsrecht en de Wet BOPZ, artikelgericht commentaar vanuit Tekst&Commentaar en diverse websites.

Betrouwbaarheid en validiteit

De literatuur die is gebruikt is betrouwbaar omdat meerdere bronnen zijn geraadpleegd. Daarbij is erop gelet dat de literatuur van verschillende auteurs is gebruikt. Om de validiteit te waarborgen zijn voetnoten en een literatuurlijst bijgevoegd die verwijzen naar de oorspronkelijke bron.

Ten aanzien van de wetsanalyse is eerst begonnen bij de WGBO die een *lex generalis* is. Vervolgens zijn de Wet BOPZ en de WZD als *lex specialis* geanalyseerd. Verder is er veelvuldig gebruik gemaakt van Tekst&Commentaar waardoor een zo volledig mogelijk beeld van voorgenoemde wetten wordt weergegeven.

In afwijking van het plan van aanpak, is er op verzoek van de opdrachtgever gebruikgemaakt van vakliteratuur waar kritische kanttekeningen bij voorgenoemde wetten zijn geplaatst. Dit is met name van toepassing op deelvraag 3.

Praktijkgerichte deelvragen (4 en 5)

Om antwoord te krijgen op deelvragen 4 en 5 is gebruikgemaakt van de onderzoeksmethode enquêtes. In het plan van aanpak was ervoor gekozen om enquêtes af te nemen bij tien tot twintig verschillende BOPZ-verpleeghuizen in regio Leiden/Den Haag. Deze instellingen zijn genoemd in de *Regeling aanmerking psychiatrische ziekenhuizen BOPZ bijlage 2*. Een groot aantal van de benaderde instellingen was niet bereid om de enquête in te vullen, daarom is gebruikgemaakt van het netwerk van mijn directe omgeving en zijn er diverse oproepen op LinkedIn geplaatst. Via twee connecties is een groot aantal hulpverleners benaderd voor het invullen van de enquête. Hierdoor zijn enquêtes binnen twee grote BOPZ-verpleeginstellingen in regio Leiden afgenomen. Verder is ervoor gekozen om een aparte enquête voor huisartsen op te stellen, omdat ook na het voorgenoemde het beoogde aantal van twintig enquêtes niet kon worden behaald.

Verder is er een verkennend interview gehouden met een beleidsmedewerker om meer inzicht te krijgen in de protocollen, richtlijnen en andere handvatten die zorginstellingen toepassen. Om dit

interview ook als onderzoeksresultaat te kunnen gebruiken zijn tevens de vragen van de enquête aan de geïnterviewde gesteld.

Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid en validiteit van de enquêtes te waarborgen zijn om de naam en functie van de respondent en de instelling waar zij werken gevraagd. Hierdoor kan worden achterhaald door wie de enquête is ingevuld. Verder is de enquête meerdere malen aan mijn afstudeerbegeleidster voorgelegd. Tot slot is er tijdens het kennismakingsgesprek met de opdrachtgever een inhoudelijk feedback moment geweest waarin tips en tops zijn geven.

1.6 Leeswijzer

Dit onderzoeksrapport bestaat uit meerdere hoofdstukken. In het tweede hoofdstuk zal de Wet BOPZ worden behandeld. Daarin zal antwoord worden gegeven op de deelvraag 1. Vervolgens zal in hoofdstuk 3 naar de Wet Zorg en Dwang worden gekeken. In dit hoofdstuk zullen tevens deelvragen 2 en 3 worden behandeld. In hoofdstuk 4 zijn de resultaten van de enquêtes uitgewerkt. Vervolgens zal in hoofdstuk 5 een conclusie worden getrokken die betrekking heeft op de centrale vraag. In het laatste hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan aan TeekensKarstens. Tot slot wordt kort teruggekomen op de casus van betrokkene.

Hoofdstuk 2 Wet BOPZ

In dit hoofdstuk zal de Wet BOPZ worden behandeld. Eerst zal de achtergrond van de Wet BOPZ worden besproken. Vervolgens zullen een aantal belangrijke begrippen en rechtsbeginselen vanuit de wet worden behandeld. In paragraaf 2.3 en paragraaf 2.4 komen de externe en interne rechtspositie aan bod. Tot slot zal een conclusie worden getrokken.

2.1 Achtergrond van de Wet BOPZ

De Wet BOPZ moeten worden aangemerkt als een *lex specialis* ten opzichte van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (hierna WGBO), die een *lex generalis* is.¹³ De WGBO regelt de juridische verhouding tussen de patiënt¹⁴ en de hulpverlener op het moment dat er een behandelingsovereenkomst tot stand is gekomen.¹⁵ De WGBO is van toepassing op zorg die is gebaseerd op een behandelingsovereenkomst én waarmee de patiënt instemt. De onvrijwillige zorg die op grond van de Wet BOPZ wordt verleend, valt daardoor in beginsel niet onder de WGBO. De WGBO is wel van toepassing op de zorgrelatie van de onvrijwillig opgenomen patiënt.¹⁶ Echter, artikel 464 WGBO maakt het mogelijk om de WGBO van overeenkomstige toepassing te verklaren op zorg die niet middels een behandelingsovereenkomst wordt verleend.¹⁷ Verder is de WGBO van toepassing op de zorg die buiten het behandelingsplan van de gedwongen opgenomen cliënt valt. Een voorbeeld is de zorg die wordt verleend voor een somatische aandoening.

De Wet BOPZ is van toepassing op de psychiatrie, psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk beperkten.¹⁸ Middels deze wet is het mogelijk om cliënten met een stoornis van de geestvermogens gedwongen op te nemen. Hierbij dient te worden onderstreept dat het om *onvrijwillige* opname moet gaan. Indien de cliënt instemt met de opname, zal hij onder de werking van de WGBO vallen.¹⁹

¹³ Stolker, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, afdeling 5 WGBO, aant. 6.

¹⁴ Gezien het algemene karakter van de WGBO is er bewust voor gekozen om de term 'patiënt' te gebruiken.

¹⁵ Engberts & Kalkman-Bogerd 2017, 18.

¹⁶ Leenen/Dute e.a. 2008, p. 195.

¹⁷ Stikker 2003, P. 11-12.

¹⁸ Dijkers & Widdershoven 2015, p. 5.

¹⁹ Leenen/Dute e.a. 2008, p. 195.

De Wet BOPZ is niet op iedere instelling van toepassing. Alleen instellingen met een BOPZ-aanmerking mogen zorg vanuit de Wet BOPZ verlenen.²⁰ Dit is een vergunning die het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de instellingen afgeeft.²¹

2.2 Rechtsbeginselen van de Wet BOPZ

Voordat dieper op de werking van de Wet BOPZ wordt ingegaan, zal eerst een korte uitleg worden gegeven over de rechtsbeginselen die op de Wet BOPZ van toepassing zijn.

Bij de toepassing van dwang en tijdens de toetsing door de rechter staan drie rechtsbeginselen centraal. Deze beginselen zijn een maatstaaf om te bepalen of het toepassen van dwang rechtmatig is.²² Het gaat om de drie zorgvuldigheidsbeginselen:

➤ *Proportionaliteit:*

De verhouding tussen het toepassen van dwang als middel en het doel dat met de dwang kan worden bereikt.²³

➤ *Subsidiariteit:*

De mogelijke alternatieven voor het toepassen van dwang. Op het moment dat een ander middel bestaat dat minder ingrijpend is dan moet het alternatief worden gekozen.^{24, 25}

➤ *Doelmatigheid:*

Het toepassen van dwang moet effectief zijn om het beoogde doel te bereiken.^{26, 27}

2.3 Externe rechtspositie

Betrokkene kan niet zomaar onvrijwillig in een inrichting worden opgenomen, en hem daar tegen zijn wil in laten verblijven. Om de onvrijwillige opname en verblijf mogelijk te maken moet een wettelijke opnamegrond zijn afgegeven. Hoofdstuk 2 van de Wet BOPZ bevat voorschriften die de rechtspositie van betrokkene waarborgt voordat hij gedwongen wordt opgenomen.²⁸ Deze voorschriften heten samen de externe rechtspositie.²⁹

²⁰ *Stcrt.* 2018, 21008.

²¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'Gedwongen opname en dwang in de zorg: Instellingen die gedwongen opname mogen uitvoeren', *Rijksoverheid.nl* (bezoekt op 20 maart 2018) (zoek op 'Gedwongen opname en dwang in de zorg').

²² Dijkers & Widdershoven 2015, 9. 7.

²³ Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2008, p. 37.

²⁴ Dijkers & Widdershoven 2015, 9. 7.

²⁵ Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2008, p. 37.

²⁶ Dijkers & Widdershoven 2015, 9. 7.

²⁷ Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2008, p. 37.

²⁸ Lokven-van der Meer, van, *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 2015, p. 3.

²⁹ Dijkers & Widdershoven 2015, p. 7.

In deze paragraaf zal het verloop van de opname van betrokkene worden besproken. Betrokkene is vanuit een thuissituatie direct met een inbewaringstelling opgenomen. Na de machtiging tot voortzetting inbewaringstelling is een voorlopige machtiging afgegeven, omdat betrokkene zich tegen de opname verzette. De voorlopige machtiging is na enige tijd omgezet in een indicatiebesluit omdat er geen sprake was van instemming dan wel verzet.

Eerst zal aandacht worden geschonken aan het gevaarscriterium en de geneeskundige verklaring. In de daaropvolgende paragrafen zullen de inbewaringstelling, voorlopige machtiging en het indicatiebesluit worden behandeld.

2.3.1 Gevaarscriterium

De Wet BOPZ hanteert het gevaarscriterium. Dit is onder andere terug te zien in de wetartikelen 2, 15 en 27 Wet BOPZ die betrekking hebben op de rechterlijke machtiging.³⁰

Het gevaarscriterium houdt in dat dwangopname en –behandeling enkel mag plaatsvinden, indien de geestesstoornis van de cliënt dusdanig gevaar veroorzaakt voor zichzelf, anderen of de openbare veiligheid.^{31,32,33} Maar wat moet precies onder gevaar worden verstaan? In artikel 1 lid 1 sub f zijn een aantal voorbeelden van gevaar opgenomen. Deze opsomming is daarentegen niet-limitatief.³⁴

Abma en Hommes geven aan dat het weleens voor komt dat cliënten en hun familieleden van mening zijn dat dwang wordt toegepast, terwijl huns inziens geen sprake is van gevaar. Gedacht moet worden aan een onvriendelijk gedrag van de cliënt dat door de hulpverlener wordt gezien als verbaal agressief geweld.³⁵

2.3.2 Geneeskundige verklaring

Voordat de inbewaringstelling (hierna IBS) of rechterlijke machtiging (hierna RM) kan worden verleend, moet een geneeskundige verklaring worden afgegeven. Dit is een verslag dat door een onafhankelijke specialist is opgesteld.³⁶ Deze verklaring dient kort voor het verlenen van de opnamegrond te zijn afgegeven.

³⁰ Abma & Hommes 2009, p. 215-216.

³¹ Widdershoven, *TvGR* 2006, p. 496.

³² Engberts & Kalkman-Bogerd 2017, p. 16-17.

³³ Abma & Hommes 2009, p. 215-216.

³⁴ Abma & Hommes 2009, p. 215.

³⁵ Abma & Hommes 2009, p. 216.

³⁶ Dijkers & Widdershoven 2015, p. 14.

Het Besluit administratieve bepalingen BOPZ³⁷ stelt de volgende eisen aan een geneeskundige verklaring³⁸:

1. Gemotiveerde weergaven waarom cliënt gedwongen moet worden opgenomen;
2. Vaststelling dat cliënt gestoord is in zijn geestvermogens;
3. Er wordt inzicht verkregen in de actuele situatie van cliënt.

In het geval van betrokkene, die niet eerder in een zorginstelling is opgenomen, moet de geneeskundige verklaring door een niet bij de behandeling betrokken psychiater of specialist ouderengeneeskunde^{39, 40} worden afgegeven. De Veegwet VWS 2013⁴¹ stelt de specialist ouderengeneeskunde gelijkgesteld met een psychiater.

2.3.3 Inbewaringstelling

Een inbewaringstelling (IBS) is een machtiging die door de burgemeester in crisissituaties kan worden afgegeven voor personen die zich op dat moment in zijn gemeente bevinden. Het gaat om spoedsituaties waarin de procedure voor het verkrijgen van een voorlopige machtiging door de rechter niet kan worden afgewacht.⁴² De burgemeester van Joure heeft de IBS voor betrokkene afgegeven omdat hij voldeed aan de vereisten van artikel 20 lid 2.

Betrokkene veroorzaakte gevaar door zijn fysieke en verbale geweld. Verder verwaarloosde hij zichzelf en zijn vrouw. Het gevaar dat hij veroorzaakte werd *vermoed* te worden veroorzaakt door de nog niet gediagnostiseerde Alzheimer. Doordat het gevaar zo acuut was, kon een RM niet worden afgewacht. Daarnaast was het niet mogelijk om het gevaar dat hij veroorzaakte buiten een BOPZ-instelling af te wenden.⁴³ Verder geeft betrokkene geen blijk van de nodige bereidheid om zich te laten opnemen in een inrichting.

Voordat de IBS voor betrokkene werd afgegeven, moest hij zijn onderzocht door een specialist die vervolgens een geneeskundige verklaring opstelt. Voordat de verklaring is afgegeven, mag de burgemeester niet overgaan tot een IBS.⁴⁴

³⁷ Stb. 2007, 510.

³⁸ Dijkers & Widdershoven 2015, p. 14.

³⁹ Dijkers & Widdershoven 2015 p. 4.

⁴⁰ HR 7 februari 2014, ECLI:NL:HR:2014:270.

⁴¹ Stb. 2014, 62.

⁴² Engberts & Kalkman-Bogerd 2017, p. 74.

⁴³ Dijkers & Widdershoven 2015, p. 16.

⁴⁴ Dijkers & Widdershoven 2015, p. 16.

Het arrest Varbanov/Bulgarije is een belangrijk arrest met betrekking tot het onderzoek voor de geneeskundige verklaring. In dit arrest is ter discussies gesteld wat onder een ‘medical expert’ moet worden verstaan. Uit dit arrest vloeit voort dat het onderzoek door een medical expert (psycholoog) moet worden uitgevoerd.⁴⁵ Tevens moet een in bewaring gestelde patiënt zo spoedig mogelijk na opname worden onderzocht, indien de patiënt niet voor de IBS door een medical expert is onderzocht.⁴⁶

De burgemeester heeft besloten om de IBS voor betrokkene af te geven. Dit heeft een aantal gevolgen:

1. De burgemeester moet ervoor zorgen dat betrokkene wordt bijgestaan door een advocaat;
2. De burgemeester moet de inspecteur van de IGJ en de Officier van Justitie (hierna OvJ) onverwijld op de hoogte te stellen van de IBS.

De OvJ moet binnen één dag na het ontvangen van de stukken, oordelen of het gevaar zich nog bij betrokkene voordoet. Is de OvJ van oordeel dat dit het geval is, dan moet hij een verzoekschrift tot machtiging tot voortzetting van de IBS bij de rechter indienen.

De IBS kan worden afgegeven voor de duur die de OvJ nodig heeft om de rechter te verzoeken tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de IBS, ex art. 20 lid 1 Wet BOPZ jo art. 27 Wet BOPZ. De geldigheidsduur van de machtiging tot voortzetting van de IBS betreft maximaal 3 weken, ex art. 30 Wet BOPZ.

2.3.4 Rechterlijke machtiging

De situatie van betrokkene werd alleen maar slechter. Onvrijwillige opname was noodzakelijk. Om betrokkene in een instelling op te nemen moest een RM worden aangevraagd. Hoofdstuk 2 Wet BOPZ bevat rechterlijke machtigingen waarmee de onvrijwillige opname en verblijf een cliënt in een inrichting wordt bewerkstelligd. Bij betrokkene gaat het om opname waartegen hij zich verzet. Voordat de RM kon worden afgegeven diende betrokkene te worden gehoord. Tijdens deze procedure heeft betrokkene recht op bijstand door een raadsman.⁴⁷

⁴⁵ HR 31 juli 2015, ECLI:NL:PHR:2015:1719, RO 2.6.

⁴⁶ Dijkers & Widdershoven 2015, p. 15.

⁴⁷ Keurentjes 2016, p. 2.

Voorlopige machtiging

De voorlopige machtiging is in artikel 2 geregeld. Om vast te stellen of een voorlopige machtiging moet worden aangevraagd, moet aan een aantal criteria worden getoetst. Bij psychogeriatrische cliënten is een machtiging vereist: “(...) indien de betrokkene blijk geeft van verzet tegen de opname of het verblijf”, ex art. 3 Wet BOPZ. De rechter zal de machtiging alleen verlenen indien is voldaan aan de vereisten van artikelen 2 en 3 Wet BOPZ.⁴⁸

Om een voorlopige machtiging te krijgen dient de OvJ te worden verzocht om een verzoek bij de rechter in te dienen. Dit verzoek kan worden gedaan door de betrokkene zijn, ex art. 4 lid 2 Wet BOPZ:

- Echtgenoot (geregistreerd partner/degene met die een duurzame gemeenschappelijke huishouding wordt gevoerd, ex art. 1 lid 2 Wet BOPZ);
- Elke meerderjarige bloedverwant in rechte lijn, en in de zijlijn tot en met de tweede graad;
- Curator of mentor.

Verder is de OvJ ambtshalve bevoegd om bij de rechter een verzoek in te dienen, ex art. 6 Wet BOPZ. In de praktijk verzoekt meestal de instelling waarin de cliënt verblijft de OvJ om een ambtshalve verzoek tot gedwongen opname in te dienen.⁴⁹

De geldigheidsduur van deze machtiging is maximaal zes maanden. Na deze termijn dient de machtiging, indien nodig, te worden omgezet in een machtiging tot voortgezet verblijf. Deze machtiging kan in beginsel voor maximaal één jaar worden afgegeven. Echter kan deze termijn bij psychogeriatrische cliënten worden verlengd tot vijf jaar, indien te verwachten is dat de opnamecriteria van artikel 2 lid 2 blijven voortduren, ex art. 17 Wet BOPZ.

2.3.5 Indicatiebesluit

Op het moment dat betrokkene zich tegen zijn opname zou blijven verzetten zou de voorlopige machtiging worden omgezet in een machtiging tot voorzetting van verblijf. Echter is bij betrokkene het verzet veranderd in ‘geen blijk van bereidheid noch verzet’. In deze situatie wordt een indicatiebesluit door het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna CIZ) afgegeven, ex art. 60 Wet BOPZ.

Het CIZ oordeelt of de opname en het verblijf van betrokkene in een inrichting noodzakelijk is.⁵⁰ Daarvan is sprake indien een cliënt als gevolg van de stoornis van het geestvermogens zich niet buiten

⁴⁸ Dijkers & Widdershoven 2015 p. 11.

⁴⁹ Dijkers & Widdershoven 2015, p. 18.

⁵⁰ Lokven-van der Meer, van, *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 2015, p. 5.

de inrichting kan handhaven. Voordat het CIZ een beslissing neemt, zal betrokkene worden medegedeeld dat hij zich tegen de opname en het verblijf in een inrichting kan verzetten.

Het kan voorkomen dat een cliënt, die op basis van een indicatiebesluit is opgenomen, blijkt geeft om zijn verblijf binnen de inrichting te willen beëindigen. In deze situatie dient een verzoek tot voorlopige machtiging te worden ingediend.

2.4 Interne rechtspositie

Vanaf het moment dat de IBS voor betrokkene is afgegeven, is de interne rechtspositie van toepassing geworden.⁵¹ De interne rechtspositie, hoofdstuk 3 Wet BOPZ, bevat rechten en plichten die de relatie tussen de onvrijwillig opgenomen cliënt en de instelling regelen.⁵²

2.4.1 Rechten van de cliënt

Eerder hebben we gezien dat de Wet BOPZ een *lex specialis* is op de WGBO. Hierdoor hebben onvrijwillig opgenomen cliënten cliëntenrechten vanuit de WGBO en de Wet BOPZ.^{53, 54} In deze paragraaf worden de cliëntenrechten kort behandeld. Bepaalde rechten worden enkel benoemd en andere rechten worden wat uitgebreider behandeld.

Betrokkene is momenteel opgenomen middels een indicatiebesluit. Een aantal rechten die een cliënt met een RM heeft zijn niet van toepassing op een cliënt met een indicatiestelling. Dit vloeit voort uit de schakelbepaling van artikel 61 Wet BOPZ. Hierdoor heeft betrokkene niet de volgende rechten dan wel beperkingen: beperking op het vrije post- en telefoonverkeer (art. 40 lid 1 en 4 Wet BOPZ), beperking van het recht op bezoek (art. 40 lid 3 Wet BOPZ), administratieve bepalingen (artikelen 47 tot en met 55 Wet BOPZ) en de artikelen over verlof en ontslag met uitzondering van artikel 46a Wet BOPZ (hoofdstuk 4).⁵⁵

Betrokkene heeft de volgende rechten vanuit de interne rechtspositie toegekend gekregen:

- Recht op informatie, ex art. 37 Wet BOPZ;
- Recht op behandeling, ex art. 37b lid 1 Wet BOPZ jo art. 38 Wet BOPZ;
- Recht op bewegingsvrijheid, ex art. 40 lid 3 Wet BOPZ;

⁵¹ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, Hoofdstuk 3 Wet BOPZ, aant. 1.

⁵² Dijkers & Widdershoven 2015, p. 22.

⁵³ KNMG, 'Behandelingsovereenkomst' *KNMG.nl* (bezoekt op 5 maart 2018) (zoek op *Behandelingsovereenkomst* en kies het tweede zoekresultaat).

⁵⁴ Legemaate, *TvGR* 1993, §1.

⁵⁵ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, Hoofdstuk 3 Wet BOPZ, aant. 2.

- Klachtrecht, ex art. 41 Wet BOPZ;
- Recht op verlof, ex art. 46a Wet BOPZ.

Recht op informatie

In artikel 37 is het recht op informatie, ex art. 484 WGBO, tussen de regels door terug te zien.⁵⁶ In de Wet BOPZ wordt gesproken over de verplichtingen van de instelling omtrent het informeren van de cliënt. Zo heeft de inrichting de plicht om de cliënt en zijn verwanten een schriftelijk overzicht te overhandigen met de:

- Huisregels van de instelling;
- Rechten die de Wet BOPZ aan de cliënt toekent;
- Degene bij wie de cliënt terecht kan om aanspraak op zijn rechten te maken⁵⁷;
- Adresgegevens van het bestuur van de instelling bij wie de cliënt een klacht kan indienen, ex art. 41 lid 1 Wet BOPZ;
- Mededeling dat een cliëntendossier wordt opgemaakt. In dit dossier worden de behandelingsgegevens van de cliënt opgenomen.⁵⁸

Recht op behandeling

Betrokkene heeft als onvrijwillig opgenomen cliënt recht op behandeling.⁵⁹ Dit recht is uitgewerkt in het behandelingsplan. Het behandelingsplan geeft in feite de kaders van de behandeling weer. Hierdoor bestrijkt het behandelingsplan een belangrijk deel van de interne rechtspositie.

In de praktijk van de psychogeriatric wordt gesproken over het 'zorgplan'. De reden daarvan is gelegen in het feit dat de zorg van psychogeriatric cliënten is gericht op het *verbeteren* van de geestesstoornis die het gevaar veroorzaakt waarvoor de cliënt is opgenomen.^{60, 61} Dit wordt bereikt door het creëren van een omgeving waardoor de geestesstoornis stabiel wordt. Daarnaast is de zorg van deze patiënten op verzorging en verpleging gericht.⁶² Gezien het voorgaande zal in het vervolg van deze scriptie worden gesproken over het 'zorgplan'.

⁵⁶ Legemaate, *TvGR* 1993, §3.2.

⁵⁷ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 37 Wet BOPZ, aant. 2.

⁵⁸ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 37 Wet BOPZ, aant. 2.

⁵⁹ Abma & Hommes 2009, p. 141.

⁶⁰ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 38 Wet BOPZ, aant. 1.

⁶¹ Keurentjes 2016, p. 138.

⁶² Keurentjes 2016, p. 138.

Na de onvrijwillige opname moet zo spoedig mogelijk een zorgplan voor betrokkene worden opgesteld, uiterlijk binnen zes weken.⁶³ Het zorgplan wordt door zijn behandelaar in overleg met hem opgesteld. In de psychogeriatric is de behandelingsverantwoordelijke doorgaans een afdelingshoofd of een verzorger.^{64, 65} Betrokkene zal zelf bij het opstellen worden betrokken omdat hij nog wilsbekwaam is ten aanzien van zijn zorgplan. De behandelaar moet met de huisarts van betrokkene overleggen voordat hij het zorgplan opstelt.⁶⁶

In het zorgplan worden therapeutische middelen opgenomen, ex art. 2 Besluit rechtspositieregelen BOPZ.⁶⁷ Dit zijn middelen die erop zijn gericht om de stoornis weg te nemen, die het gevaar veroorzaakt op grond waarvan de cliënt is opgenomen. Voorbeelden zijn medicatie, het volgen van therapie, verkregen vrijheden en de toe te passen middelen en maatregelen.⁶⁸ Daarbij is het mogelijk om een vrijheidsbeperking als therapeutisch middel in het zorgplan te doen opnemen.⁶⁹

Dwangmiddelen en –maatregelen (hier wordt in de volgende paragraaf op teruggekomen) mogen enkel in het zorgplan worden opgenomen indien zij als therapeutisch middel dienen. Hierdoor moeten deze middelen en maatregelen erop gericht zijn om de geestesstoornis te verbeteren. Zij mogen dus niet het doel hebben om te worden ingezet om escalatie te voorkomen.⁷⁰

Om tot behandeling te mogen overgaan, dient betrokkene in te stemmen met het zorgplan. Op het moment dat niet tot overeenstemming kan worden gekomen, mag betrokkene niet worden behandeld. Daarnaast mag niet worden behandeld indien betrokkene zich tegen een behandeling uit het overeengekomen zorgplan verzet. In de twee voorgenoemde situaties, mag slechts in uitzonderlijke gevallen behandeling in de vorm van dwangbehandeling plaatsvinden. Dwangbehandeling is het tegen de wil van de cliënt uitvoeren van een behandeling die is opgenomen in het zorgplan.⁷¹ Dwangbehandeling mag slechts worden toegepast indien sprake is van een noodsituatie die door de geestesstoornis wordt veroorzaakt.^{72, 73} Voorbeelden van noodsituaties zijn

⁶³ Verplegende en verzorgende Nederland 2011, p. 24.

⁶⁴ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 38 Wet BOPZ, aant. 5.

⁶⁵ Keurentjes 2016, p. 139.

⁶⁶ Keurentjes 2016, p. 139.

⁶⁷ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 38 Wet BOPZ, aant. 3.

⁶⁸ Keurentjes 2016, p. 141.

⁶⁹ Arends 2006, p. 67.

⁷⁰ Keurentjes 2016, p. 142.

⁷¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'Dwangbehandeling', *Dwangindezorg.nl* (bezocht op 5 maart 2018) (kies *Onvrijwillige zorg* klik vervolgens twee keer op *Dwangbehandeling*).

⁷² Keurentjes 2016, p. 155.

⁷³ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 38 Wet BOPZ, aant. 5.

de plotselinge drang om te gaan dwalen en ernstig gevaar voor uitdroging.⁷⁴ Daarbij moet de behandeling volstrekt noodzakelijk zijn om het gevaar af te wenden.⁷⁵ Het is de behandelaar (de verpleegkundige specialist of specialist ouderengeneeskunde⁷⁶) die beslist over het toepassen van dwangbehandeling.⁷⁷ Indien de behandelaar geen arts is of niet gelijk is gesteld met een psychiater⁷⁸, is het wenselijk dat een arts van de instelling de dwangbehandeling bekrachtigt of beëindigt.⁷⁹ Verder dient nog te worden opgemerkt dat de IGJ op de hoogte moet worden gesteld indien een cliënt zich tegen behandeling uit zijn zorgplan verzet.⁸⁰

Recht op bewegingsvrijheid en de beperking ervan

Omdat betrokkene nu middels een indicatiebesluit is opgenomen, komt hem alleen het recht uit artikel 40 lid 3 Wet BOPZ toe. Hierdoor heeft betrokkene het recht op bewegingsvrijheid in en rond de instelling. De bewegingsvrijheid kan worden beperkt door de in sub a en b genoemde gronden. De beperkingen hebben onder andere betrekking op het begeleiden van een cliënt naar zijn therapie door een hulpverlener.⁸¹ Het gaat dus niet om beperkingen op grond van M&M.⁸² De bewegingsvrijheid van betrokkene kan pas worden beperkt indien hij is gehoord. Daarna kan betrokkene een zienswijze indienen tegen de op te leggen beperking.⁸³

De bewegingsvrijheid van een cliënt kan worden beperkt door middel van domotica. Een voorbeeld is een GPS-armband. In de praktijk bestaat de vraag of domotica is aan te merken als een vrijheidsbeperking.⁸⁴

Klachtrecht

Middels artikel 41 Wet BOPZ heeft betrokkene het recht om klachten in te dienen over de in lid 1 genoemde zorgbeslissingen. Het gaat hierbij om een interne klachtprocedure die bij het bestuur van de instelling kan worden gestart. Het *Besluit klachtbehandeling BOPZ* bevat regels met betrekking tot de samenstelling van de commissie en de manier waarop de klachten moet worden behandeld.

⁷⁴ Keurentjes 2016, p. 154-155.

⁷⁵ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 38 Wet BOPZ, aant. 5.

⁷⁶ Keurentjes 2016, p. 153.

⁷⁷ Keurentjes 2016, p. 152.

⁷⁸ *Stb.* 2014, 62.

⁷⁹ Keurentjes 2016, p. 153.

⁸⁰ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 38 Wet BOPZ, aant. 4.

⁸¹ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 40 Wet BOPZ, aant. 4.

⁸² Keurentjes 2016, p. 169.

⁸³ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 40 Wet BOPZ, aant. 7.

⁸⁴ Frederiks, *Denkbeeld* 2012, p. 25.

Naast betrokkene zelf, zijn andere cliënten van de instelling bevoegd om een klacht in te dienen. Verder kunnen de personen, die de bevoegdheid hebben om een verzoek tot machtiging bij de OvJ in te dienen, een klacht indienen.

Op het moment dat een ander dan betrokkene een klacht indient, wordt betrokkene door de inspecteur van het IGJ gehoord. Het horen heeft tot doel om na te gaan of betrokkene instemt met het indienen van de klacht.⁸⁵

Aanwenden van rechtsmiddelen

Na gebruik te hebben gemaakt van het klachtrecht, kan degene die het klachtrecht toekomen de inspecteur van het IGJ verzoeken tot het indienen van een verzoekschrift bij de rechter. Deze mogelijkheid staat enkel open indien:

- 1) De commissie niet tijdig een beslissing heeft genomen;
- 2) De commissie heeft een andere beslissing genomen dan de gegrondverklaring van de klacht.

Tegen de uitspraak van de rechter staat enkel cassatie open. Echter is dit niet in de Wet BOPZ terug te vinden. Deze rechtsmiddelen staan enkel open om de rechtspositie van de cliënt te versterken.⁸⁶

2.4.2 Bevoegdheden en plichten van de zorgaanbieder

De Wet BOPZ heeft de zorgaanbieder een aantal verplichtingen en bevoegdheden toegekend waardoor de rechtspositie van de cliënt wordt beschermd. In deze paragraaf worden de bevoegdheden en verplichtingen behandeld.

Informatieplicht

Het bestuur van de inrichting heeft de verplichting om betrokkene en zijn familie zo spoedig mogelijk schriftelijk op de hoogte te stellen welke hulpverlener verantwoordelijk zal zijn voor zijn behandeling, ex art. 36 lid 1 Wet BOPZ.

Het is afhankelijk van de situatie wanneer voorgenoemde personen moeten worden geïnformeerd. Toen betrokkene werd opgenomen met de IBS, moest de informatieverstrekking zo spoedig mogelijk na zijn opname plaatsvinden. Toen betrokkene eenmaal door middel van de voorlopige machtiging

⁸⁵ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 41 Wet BOPZ, aant. 2.

⁸⁶ Keurentjes 2016, p. 193.

was opgenomen en deze machtiging werd omgezet in het indicatiebesluit, moest de instelling de betreffende informatie zo spoedig mogelijk na het afgeven van het indicatiebesluit verstrekken.

Ontnemingsplicht

De instelling is bevoegd om de cliënt eigendommen te ontnemen, ex art. 36 lid 3 Wet BOPZ. Het moet gaan om voorwerpen die gevaar voor de veiligheid van de cliënt of anderen kunnen opleveren. Het is daarbij toegestaan de cliënt aan zijn lichaam en kleren te onderzoeken. Dit onderzoek moet terughoudend, zorgvuldig en bij voorkeur door een arts of een verpleegkundige⁸⁷ plaatsvinden, omdat inbreuk wordt gemaakt op het recht op lichamelijke integriteit, ex art. 11 Grondwet.⁸⁸

Dossierplicht

De hulpverlener heeft de verplichting om voor iedere cliënt een cliëntendossier op te stellen, ex art. 454 WGBO jo art. 37 Wet BOPZ. Het dossier dient zo snel mogelijk na opname te worden opgesteld.⁸⁹ Daarbij heeft de BOPZ-arts de eindverantwoordelijkheid over het dossier en de inhoud ervan.⁹⁰

Aantekeningenplicht

Artikel 37a geeft de BOPZ-arts de verplichting om aantekeningen te maken van de geestelijke en lichamelijke toestand van de cliënt. Er worden aantekeningen gemaakt van de behandelingen die cliënt ontvangt en het effect ervan. De aantekeningen worden in het belang van de cliënt bijgehouden. Hierdoor hebben rechters en advocaten meer informatie die zij kunnen gebruiken bij de beoordeling van een verzoek tot machtiging. Indien deze plicht niet zou bestaan, dan zou beoordeling moeten plaatsvinden op basis van het zorgplan en de uitvoering ervan.⁹¹

Zorgplan

In de vorige paragraaf is het zorgplan uitgebreid behandeld. De behandelingsverantwoordelijke (arts, afdelingshoofd of verzorger⁹²) heeft de verplichting om het zorgplan in overleg met de cliënt op te stellen, ex art. 37b lid 1 Wet BOPZ jo art. 38 Wet BOPZ.

⁸⁷ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 36 Wet BOPZ, aant. 3.

⁸⁸ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 36 Wet BOPZ, aant. 3.

⁸⁹ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 37 Wet BOPZ, aant. 2.

⁹⁰ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 37 Wet BOPZ, aant. 2.

⁹¹ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 37a Wet BOPZ.

⁹² Keurentjes 2016, p. 139.

Dwangmiddelen en –maatregelen

Dwangmiddelen en –maatregelen (hierna M&M) zijn een vorm van vrijheidsbeperkingen die de instelling aan een cliënt kan opleggen.⁹³ Artikel 39 bevat een regeling die ertoe strekt dat, M&M tijdelijk kunnen worden toegepast om ernstig en acuut gevaar af te wenden.⁹⁴ De M&M zijn niet in het zorgplan zijn opgenomen, maar zij zijn nodig om een tijdelijke noodsituatie te overbruggen. Voordat M&M mogen worden toegepast dient te worden getoetst aan strikte maatregelen, namelijk aan de zorgvuldigheidseisen.^{95, 96} Het is de arts die beslist over het toepassen van M&M.⁹⁷

In Besluit middelen en maatregelen BOPZ (hierna Bmm-BOPZ) zijn de M&M en de duur waarvoor deze mogen worden toegepast bepaald. De M&M die bij psychogeriatrische cliënten kunnen worden toegepast zijn: afzondering, fixatie, medicatie en het toedienen van vocht of voeding. Separatie kan niet bij deze cliëntengroep worden toegepast.⁹⁸ Verder mogen voorgenoemde M&M maximaal zeven dagen achterelkaar worden toegepast.

De behandelaar moet binnen voorgenoemde termijn samen met de cliënt het zorgplan wijzigen of opstellen.⁹⁹ Indien wordt besloten op M&M in het zorgplan op te nemen, dan kunnen zij niet langer worden aangemerkt als *dwangmiddelen*. Op het moment dat de cliënt zich verzet tegen een in zijn zorgplan opgenomen middel, is er sprake van *dwangbehandeling*.¹⁰⁰

De instelling moet een register bijhouden waarin de M&M worden geregistreerd, ex art. 39 lid 3 Wet BOPZ jo art. 57 Wet BOPZ. De BOPZ-arts draagt zorg voor het bijhouden van het register. De registratie heeft betrekking op het soort M&M en de reden waarom deze is toegepast. De melding moet voor het plaatsvinden van de M&M worden geregistreerd.¹⁰¹

2.5 Conclusie

Terugkijkend op de deelvragen, is in het voorgaande antwoord gegeven op de eerste deelvraag. De rechten en plichten van zowel de cliënt als de instelling zijn in de externe en interne rechtspositie gewaarborgd.

⁹³ Frederiks, *Denkbeeld* 2012, p. 25.

⁹⁴ Vlaardingerbroek, in: *T&C Gezondheidsrecht** 2017, art. 39 Wet BOPZ, aant. 1.

⁹⁵ Dijkers & Widdershoven 2015, p. 26.

⁹⁶ Zie paragraaf 2.2 voor de uitleg over de zorgvuldigheidsbeginselen.

⁹⁷ Keurentjes 2016, p. 158.

⁹⁸ Keurentjes 2016, p. 156.

⁹⁹ Dijkers & Widdershoven 2015, p. 26.

¹⁰⁰ Dijkers & Widdershoven 2015, p. 26.

¹⁰¹ Arends & Frederiks, *TvGR* 2003, § 2.4.

De externe rechtspositie bevat regels en procedures die de rechtspositie van de cliënt waarborgt op het moment dat hij *nog niet* onvrijwillig is opgenomen. Dit is terug te zien in de procedures van de IBS, RM en indicatiestelling.

De interne rechtspositie bevat rechten en plichten die de cliënt en de instelling ten opzichte van elkaar hebben *nadat* de cliënt onvrijwillig is opgenomen. De rechten die de cliënt op grond van de Wet BOPZ toegekend heeft gekregen zijn: recht op informatie, recht op behandeling, recht op bewegingsvrijheid, klachtrecht en recht om rechtsmiddelen aan te wenden. De instelling heeft een aantal plichten en bevoegdheden: het toepassen van dwangmiddelen&-maatregelen(M&M), ontnemingsplicht, dossierplicht, aantekeningenplicht en het opstellen van het zorgplan.

Het toetsingscriterium voor onvrijwillige opname en dwangbehandeling is het *gevaarscriterium*. Daarbij dient het handelen van de instelling te worden getoetst aan de ongeschreven zorgvuldigheidseisen. Het gaat om de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.

Hoofdstuk 3 Wet Zorg en Dwang

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de WZD die per 1 januari 2020 in werking zal treden. Daarbij zal antwoord worden gegeven op twee vragen: ‘Waarom wordt de Wet BOPZ vervangen door de WZD?’, ‘Wat verandert er voor instellingen en de cliënt voor de invoering van de WZD?’.

In paragraaf 3.1 wordt de aanleiding van de WZD besproken. Vervolgens zal in paragraaf 3.2 de externe rechtspositie worden behandeld. Daarbij wordt de externe rechtspositie van de Wet BOPZ met die van de WZD vergeleken. Dit geldt ook voor paragraaf 3.3 waarin de interne rechtspositie wordt behandeld. Tot slot zal in paragraaf 3.4 een conclusie worden getrokken.

3.1 Het wetsvoorstel van de WZD

De aanleiding van het wetsvoorstel van de WZD is opgesplitst in twee gronden. Ten eerste blijkt uit de beleidsbrief van staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport mevrouw Ross-van Dorp dat de Wet BOPZ een beperkte reikwijdte heeft.¹⁰² Deze grond wordt verder buiten beschouwing gelaten omdat dit over opname buiten BOPZ-instellingen gaat. In de casus van betrokkene is het niet mogelijk om ambulante zorg aan te bieden, aangezien een IBS en later een RM is verleend.

Ten tweede sluit de Wet BOPZ niet aan op de zorg die in de praktijk aan psychogeriatrische cliënten wordt verleend. Het uitgangspunt van de Wet BOPZ is het verbeteren of wegnemen van de stoornis. In het geval van betrokkene kan de stoornis niet worden weggenomen of verbeterd door zorg te verlenen.¹⁰³ Daarom is het wenselijk dat de zorg en opname van betrokkene op een wijze geschiedt die is toegespitst op de situatie die bij zijn ziektebeeld past.

Verder zijn er drie redenen waarom is gekozen voor een nieuwe wet in plaats van de Wet BOPZ te wijzigen. Ten eerste is de Wet BOPZ oorspronkelijk geschreven voor de psychiatrie. Dit is dan ook terug te zien in de terminologie en de materiële bepalingen.¹⁰⁴ Ten tweede is het wijzigen van de Wet BOPZ een grote wetgevingsoperatie waarbij de nadelen groter zijn dan de voordelen. Indien de terminologie zou worden gewijzigd, zou de Wet BOPZ onoverzichtelijk en minder helder worden.¹⁰⁵ De derde reden om de WZD aan te nemen is gelegen in de inhoudelijke wijzigingen die de WZD met zich meebrengt.¹⁰⁶

¹⁰² *Kamerstukken II 2004/05, 28950, 5.*

¹⁰³ *Kamerstukken II 2004/05, 28950, 5.*

¹⁰⁴ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 6.*

¹⁰⁵ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 5.*

¹⁰⁶ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 5.*

Het doel van de WZD is het vastleggen van een uniforme regeling voor het verlenen van zorg aan psychogeriatrische cliënten, die al dan niet kunnen instemmen met de aangeboden zorg, en ongeacht de plaats waar de cliënten verblijven.¹⁰⁷ Dit kan worden bereikt door het toekennen van bevoegdheden, rechten en plichten.¹⁰⁸

3.2 Externe rechtspositie

De WZD zal het een en ander veranderen ten aanzien van de opname in een instelling.¹⁰⁹ Het gaat om veranderingen in de soorten opnamemogelijkheden en de gronden waaraan zorg is verbonden.

In deze paragraaf zal het opnametraject van betrokkene worden gevolgd indien hij na 1 januari 2020 zou worden opgenomen. Om een zo goed mogelijke vergelijking te maken wordt hetzelfde ziekteverloop gehanteerd (van crisissituatie naar verzet, naar ‘geen bereidheid noch verzet’.). Voordat de opnamemogelijkheden worden besproken, zal aandacht worden besteed aan het ernstig nadeel-criterium.

3.2.1 Ernstig nadeel-criterium

Het *ernstig nadeel-criterium* zal de nieuwe toetsingsmaatstaaf worden bij het bepalen om tot onvrijwillige zorg over te gaan. Dit criterium strekt ertoe dat onvrijwillige zorg enkel in het zorgplan mag worden opgenomen, indien die zorg nodig is voor het afwenden van het ernstig nadeel voor de cliënt of derden. Daarbij is het niet noodzakelijk dat het ernstig nadeel zich al heeft voorgedaan. De dreiging ervan is al voldoende om te kunnen ingrijpen door middel van onvrijwillige zorg.¹¹⁰ Er zal op twee momenten aan dit criterium worden getoetst:

1. Bij het opstellen van het zorgplan. Er moet worden gemotiveerd welk nadeel dient te worden afgewend;
2. Voordat de daadwerkelijke uitvoering van de onvrijwillige zorg zal geschieden. Er dient te worden getoetst of er daadwerkelijk sprake is van het ernstig nadeel.¹¹¹

In artikel 2 WZD zijn een aantal voorbeelden van situaties opgenomen waarin sprake is van ernstig nadeel.¹¹² Daarbij dient te worden opgemerkt dat het niet om een limitatieve opsomming gaat.¹¹³

¹⁰⁷ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 7.

¹⁰⁸ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 7.

¹⁰⁹ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 6.

¹¹⁰ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 20.

¹¹¹ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 20.

¹¹² Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 21.

¹¹³ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 21.

In de WZD is er bewust voor gekozen om niet het gevaarscriterium te hanteren. Bij deze cliëntengroep wordt voorgenoemd criterium in de praktijk vaak pas aangenomen als er sprake is van levensgevaar.¹¹⁴ Door het ernstig nadeel-criterium kan daadwerkelijk worden ingegrepen indien dit noodzakelijk is gezien het ernstig nadeel dat de cliënt of een derde loopt.¹¹⁵

Of het noodzakelijk was om het gehele gevaarscriterium te schrappen is de vraag. Zo is Widdershoven van mening dat het gevaarscriterium had kunnen worden gehandhaafd indien een aantal aanpassingen waren gedaan.¹¹⁶

3.2.2 Opname en verblijf in crisissituaties (IBS)

De procedure van de IBS blijft aanvankelijk hetzelfde. De burgemeester van Joure is nog steeds bevoegd om een IBS te verlenen, indien betrokkene zich in een crisissituatie bevindt. Het gaat wederom om een situatie waarin een RM niet kan worden afgewacht. In paragraaf 3.4 van de WZD is de regeling van de IBS opgenomen. Artikel 29 lid 2 bevat de vereisten voor een IBS. De belangrijkste punten waarop de IBS van de WZD verschilt ten opzichte van de IBS van de Wet BOPZ zijn¹¹⁷:

1. Een vastgestelde maximale geldigheidsduur van drie dagen. Deze termijn kan worden verlengd indien het CIZ de rechter een verzoek tot machtiging tot opname en verblijf heeft gedaan, of wanneer het CIZ een aanvraag voor een besluit tot opname en verblijf heeft gedaan, ex art. 21 WZD. In dat geval zal de IBS vervallen op het moment dat de rechter uitspraak heeft gedaan, of wanneer het CIZ een beslissing heeft genomen;
2. De burgemeester heeft de mogelijkheid om zijn bevoegdheid tot het beslissen tot IBS aan een wethouder te mandateren;
3. De geneeskundige verklaring die voor de IBS moet worden opgesteld, kan voortaan door een ter zake deskundige arts worden opgesteld. Hierdoor is de leemte die door de Veegwet VWS 2013 werd opgevuld, opgelost. Frederiks en Steen merken hierbij op dat niet duidelijk is welke arts ter zake deskundig is.¹¹⁸ De vraag die daarbij opkomt is of een huisarts ook kan worden aangemerkt als een ter zake deskundige arts¹¹⁹;
4. Het CIZ neemt de taak van de OvJ ten aanzien van de IBS over. Gedacht moet worden aan het aanvragen van een machtiging tot voortzetting van de IBS bij de rechter;

¹¹⁴ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3, p. 20.

¹¹⁵ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3, p. 21.

¹¹⁶ Widdershoven, *TvGR* 2006, p. 496-497.

¹¹⁷ *Stb.* 2018, 36, p. 16-19.

¹¹⁸ Frederiks & Steen, *TvGR* 2018, p. 157.

¹¹⁹ Frederiks & Steen, *TvGR* 2018, p. 157.

5. De IBS kan worden verlengd door middel van een machtiging tot voortzetting van de IBS. In plaats van drie weken, maakt de WZD het mogelijk om de IBS met maximaal 6 weken te verlengen.¹²⁰

3.2.3 Onvrijwillige opname (rechterlijke machtiging)

Ook nu verzet betrokkene zich na de IBS tegen vrijwillige opname. Er is sprake van *onvrijwillige opname* indien de cliënt zich tegen de opname verzet.¹²¹ Daarom zal een machtiging tot opname en verblijf moeten worden aangevraagd. In paragraaf 3.5 van de WZD is de procedure van de RM opgenomen.

De rechter zal de RM enkel toewijzen indien hij van oordeel is dat aan het ernstig nadeel-criterium en de zorgvuldigheidseisen¹²² is voldaan, ex art. 24 lid 3 WZD. Voordat de rechter een beslissing neemt, dient betrokkene te worden gehoord. De rechter kan hier alleen van afzien indien betrokkene niet in staat dan wel bereid is om zich te doen horen. Daarbij is het mogelijk dat de rechter en griffier bij betrokkene langsgaan indien hij niet in staat is om naar de rechtbank te komen. Verder zal de rechter betrokkene een advocaat aanwijzen tenzij betrokkene daarvan afziet, ex art. 38 WZD.

De belangrijkste wijzigingen die de WZD ten opzichte van de Wet BOPZ doorvoert zijn:

1. De WZD kent maar één RM, namelijk de machtiging tot opname en verblijf.¹²³ Betrokkene kan in dat geval slechts in een geregistreerde accommodatie worden opgenomen.¹²⁴ Deze machtiging wordt voor het eerst afgegeven voor een maximale duur van zes maanden. Vervolgens kan de machtiging iedere keer voor maximaal vijf jaar worden verlengd. Er zijn geen verdere vereisten aan de vijfjaarstermijn verbonden.¹²⁵ Het verzoek tot verlenen van de machtiging dient acht of negen weken voor het einde van de lopende machtiging te worden ingediend. De Wet BOPZ kent meerdere machtigingen die elkaar opvolgen;
2. In de WZD is sprake van onvrijwillige opname indien aan het ernstig nadeel-criterium is voldaan. In de Wet BOPZ geldt het gevaarscriterium;
3. In de WZD neemt het CIZ de taak van de OvJ over als aanspreekpunt bij wie een verzoek tot het indienen van een verzoek tot een RM kan worden gedaan;
4. Volgens de WZD kunnen de in artikel 25 lid 1 WZD genoemde personen een verzoek bij het CIZ indienen. Ten opzichte van de Wet BOPZ zijn de geregistreerde partner en andere

¹²⁰ Stb. 2018, 36, p. 20.

¹²¹ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 28.

¹²² Zie paragraaf 2.2 voor de uitleg over de zorgvuldigheidsbeginselen.

¹²³ Stb. 2018, 36, p. 4.

¹²⁴ Stb. 2018, 36, p. 14.

¹²⁵ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 71.

levensgezellen zelfstandig genoemd in plaats van in een schakelbepaling. Verder is de zorgaanbieder vanuit de wet zelfstandig bevoegd om een verzoek in te dienen, in plaats van dat hij de OvJ op haar bevoegdheid wijst om ambtshalve een verzoek bij de rechter in te dienen.

3.2.4 Niet-vrijwillige opname (indicatiebesluit)

Het verzet van betrokkene tegen de opname is wederom verdwenen. Hierdoor is het niet meer mogelijk om betrokkene op grond van de machtiging tot opname en verblijf binnen de instelling te laten verblijven. Er zal dus een andere opnamegrond moeten worden aangewend.

Niet-vrijwillige opname is in dit geval een uitkomst. Van *niet-vrijwillige opname* is sprake indien een cliënt geen blijk noch verzet toont tegen de opname (bereidheidscriterium).¹²⁶ Deze opnamemogelijkheid is daarmee te vergelijken met het indicatiebesluit van artikel 60 Wet BOPZ. De procedure die de WZD in artikel 21 hanteert is grotendeels overgenomen vanuit de Wet BOPZ.¹²⁷

Het besluit tot opname wordt vastgelegd in een indicatiebesluit. Het is het CIZ dat de bevoegdheid als indicatieorgaan heeft.¹²⁸ Het CIZ kan alleen beslissen tot opname indien aan de in lid 2 genoemde criteria is voldaan: bereidheidscriterium, zorgvuldigheidsbeginselen en ernstig nadeel-criterium.¹²⁹ Indien betrokkene middels een indicatiebesluit zal worden opgenomen, kan de opname enkel plaatsvinden binnen een geregistreerde accommodatie, ex art. 21 lid 1 WZD.

Op het moment dat betrokkene zich tegen de opname verzet zal, op grond van artikel 21 lid 3 WZD, een RM voor onvrijwillig verblijf bij de rechter moeten worden ingediend. Hiervan is sprake als betrokkene zich tegen meerdere punten van de zorgverlening verzet. Als gevolg van dit verzet kan geen cliëntgerichte zorg worden verleend.¹³⁰

3.3 Interne rechtspositie

3.3.1 Zorgplan

De zorg die betrokkene behoeft is opgenomen in een zorgplan. Het vormt daarmee wederom de basis voor de zorg die hij dient te ontvangen.¹³¹ De zorgaanbieder is verplicht om binnen zes weken na

¹²⁶ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 26.*

¹²⁷ *Stb. 2018, 36, p. 12.*

¹²⁸ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 26.*

¹²⁹ *Stb. 2018, 36, p. 12.*

¹³⁰ *Stb. 2018, 36, p. 12.*

¹³¹ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 17.*

opname samen met betrokkene en zijn familie het zorgplan vast te stellen.¹³² Andere deskundigen moeten bij het opstellen van het zorgplan worden betrokken indien betrokkene zijn zorgbehoefte dat wenselijk acht. Het plan dient zo veel mogelijk te worden opgesteld met inachtneming van de wensen en voorkeuren van betrokkene.¹³³ De familie van betrokkene vindt lichamelijke beweging bijvoorbeeld erg belangrijk.¹³⁴ Verder heeft de instelling de verplichting om ervoor te zorgen dat betrokkene en zijn familie met het zorgplan instemmen.¹³⁵

In de WZD kan zorg slechts worden verleend indien het is opgenomen in het zorgplan. Op het moment dat er *geen* zorgplan is opgesteld, kan zorg toch in twee situaties worden verleend. Ten eerste mag zorg worden verleend waarmee de cliënt heeft ingestemd en waartegen hij zich niet verzet. In het tweede geval mag zorg worden verleend indien sprake is van een noodsituatie.¹³⁶

Het zorgplan van de WZD is ook van toepassing indien de cliënt voor een geneeskundige behandeling tijdelijk buiten de accommodatie verblijft.¹³⁷

Verder is het van belang dat het zorgplan regelmatig wordt geëvalueerd. De zorgverantwoordelijke heeft de plicht om het zorgplan binnen vier weken na aanvang van het plan te evalueren. Daarna dient het zorgplan tenminste ieder half jaar te worden geëvalueerd. Tijdens deze evaluaties moeten betrokkene en zijn familie de mogelijkheid krijgen om te worden gehoord.¹³⁸

De laatste tijd sluit het zorgplan niet meer aan op de zorgbehoefte van betrokkene en de volgende evaluatie is pas over twee maanden. Om het zorgplan weer te laten aansluiten op de zorgbehoefte van betrokkene moet de zorgverantwoordelijke een multidisciplinair overleg (hierna MDO) organiseren. Tijdens dit overleg wordt gekeken naar de mogelijkheden om het zorgplan middels vrijwillige zorg weer te laten aansluiten bij betrokkene.¹³⁹ Een van de aspecten waar tijdens het MDO naar moet worden gekeken is het risico dat de cliënt loopt op ernstig nadeel.¹⁴⁰

¹³² Stb.2018, 36, p. 4.

¹³³ Kamerstukken II 2011/12, 31996, 29, p. 2.

¹³⁴ Bijlage 1, Gesprek met dochter van betrokkene, p. 3.

¹³⁵ Stb.2018, 36, p. 4-5.

¹³⁶ Stb.2018, 36, p. 5.

¹³⁷ Stb.2018, 36, p. 5.

¹³⁸ Stb.2018, 36, p. 5.

¹³⁹ Kamerstukken II 2011/12, 31996, 29, p. 18-19.

¹⁴⁰ Kamerstukken II 2011/12, 31996, 29, p. 19.

3.3.2 Het gebruik van dwang

De WZD zal grote veranderingen doorvoeren met betrekking tot het gebruik van dwang bij de verzorging en begeleiding van psychogeriatrische cliënten. Deze veranderingen zijn terug te zien in de betekenis van het begrip *dwang* en het feit dat dwang als ultimum remedium moet worden toegepast. Deze onderwerpen zullen in deze paragraaf aan bod komen.

Van dwang naar onvrijwillige zorg

In de WZD zal het begrip *dwang* worden vervangen door *onvrijwillige zorg*. Onder ‘onvrijwillige zorg’ wordt het volgende verstaan: “Zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich verzet.”.^{141, 142}

Vormen van onvrijwillige zorg

In artikel 2 is de zorg opgenomen die onder onvrijwillige zorg valt. De eerste drie vormen van onvrijwillige zorg waren binnen de Wet BOPZ aan te merken als vrijheidsbeperkende maatregelen (art. 40 Wet BOPZ). Zij werden pas bij het toepassen van verzet van de cliënt als dwangmaatregel aangemerkt.¹⁴³

De onder d en e opgenomen zorg zijn de twee nieuwe vormen van onvrijwillige zorg. Ten eerste gaat het om hulpmiddelen die bijdragen aan het houden van toezicht (*domotica*). Gedacht moet worden aan de belmat¹⁴⁴ of elektronische polsbandjes die de deur afsluiten.¹⁴⁵ Het uitgangspunt is dat er sprake is van vrijwillige zorg wanneer de cliënt instemt met het hulpmiddel. Indien een cliënt niet instemt met het hulpmiddel dan is er sprake van onvrijwillige zorg. In dat geval moet getoetst worden aan de zorgvuldigheidseisen^{146 147}.

Ten tweede gaat het om zorg die de cliënt beperkt in zijn vrijheid om zijn leven zelf in te richten. Deze zorg kan bestaan uit de cliënt iets te verplichten, maar ook uit het onthouden van bepaalde zaken aan de cliënt. Bijvoorbeeld het wassen van een cliënt die zich daartegen verzet, maar ook het onthouden van het drinken van water aan een cliënt die te veel drinkt.¹⁴⁸

¹⁴¹ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 9.

¹⁴² Ploem & Gevers, *TvGR* 2015, p. 207.

¹⁴³ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 11.

¹⁴⁴ Interview beleidsmedewerker Topaz.

¹⁴⁵ Frederiks & Blankman, *TvGR* 2013, p. 348.

¹⁴⁶ Zie paragraaf 2.2 voor de uitleg over de zorgvuldigheidsbeginselen.

¹⁴⁷ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 12.

¹⁴⁸ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 12.

Naast de onvrijwillige zorg zijn er in artikel 2 lid 2 twee vormen van zorg die gelijk zijn gesteld met onvrijwillige zorg:

1. Medicatie die het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt beïnvloedt;
2. Maatregelen die de cliënt voor een bepaalde tijd in zijn bewegingsvrijheid beperken.¹⁴⁹

De reden hiervan is het versterken van de rechtspositie van de cliënt. Gezien de impact op de lichamelijke integriteit van de cliënt, heeft de minister besloten om deze zorg gelijk te stellen met onvrijwillige zorg. Deze twee vormen vallen altijd onder onvrijwillige zorg. Het maakt dus niet uit of betrokkene of zijn familie met de zorg instemt, of dat betrokkene zich niet verzet. Verder moeten deze twee zorgvormen te allen tijde apart in het zorgplan worden vermeld. Tevens zal voorafgaand aan de toepassing van deze maatregelen MDO moeten worden gevoerd. Daarbij mogen deze maatregelen enkel worden toegepast om ernstig nadeel af te wenden.¹⁵⁰

Het is nog maar de vraag of deze nieuwe regeling ook ten goede komt aan de cliënt. Er worden vraagtekens geplaatst bij de vraag of de cliënt nog wel serieus wordt genomen, als het gaat om het toepassen van onvrijwillige zorg die de bewegingsvrijheid van de cliënt voor enige tijd beperkt.¹⁵¹

De wetgever heeft met deze regeling willen bewerkstelligen dat niet te snel wordt gezegd dat een cliënt geen verzet kan tonen, en dus instemt met de onvrijwillige zorg. Echter heeft de wetgever bij deze regeling geen rekening gehouden met cliënten die wel wilsbekwaam zijn.¹⁵² Zij kunnen hierdoor voorgenoemde zorg niet ontvangen indien zij daar zelf om verzoeken of daarmee instemmen.

Widdershoven uit de nodige kritiek als het gaat om de mening van de cliënt (over bijvoorbeeld het bedhek) die in de WZD achterwege wordt gelaten.¹⁵³ Uit zijn commentaar blijkt duidelijk dat hij zich niet kan vinden in het feit dat het bedhek slechts omhoog mag, indien is voldaan aan de criteria van onvrijwillige zorg. Hij zegt onder andere het volgende: *“Hoeveel dichter bij de ontkenning van de persoon kun je eigenlijk komen, zou je haast denken, als het er kennelijk niet meer toe doet wat iemand er zelf van denkt.”*¹⁵⁴ Verder zijn Frederiks en Widdershoven van mening dat het gelijkstellen van hiervoor genoemde zorg met onvrijwillige zorg, leidt tot het feit dat de wensen van de cliënt bijna geen

¹⁴⁹ Stb. 2018, 36, p. 3.

¹⁵⁰ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 11.

¹⁵¹ Frederiks, *Denkbeeld* 2012, p. 25.

¹⁵² Frederiks, *Denkbeeld* 2012, p. 25.

¹⁵³ Widdershoven, *NJB* 2010, §4.

¹⁵⁴ Widdershoven, *NJB* 2010, §4.

betekenis meer hebben.¹⁵⁵ Cliënten worden ten onrechte wilsonbekwaam geacht als het gaat om het al dan niet instemmen of afwijzen van een interventie.¹⁵⁶ Frederiks en Widdershoven stellen dat de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de thematische wetsevaluatie ‘Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging’ in acht had moeten nemen.¹⁵⁷

Dwang als ultimum remedium

Binnen de WZD is onvrijwillige zorg een ultimum remedium.¹⁵⁸ In artikel 9 is terug te zien dat onvrijwillige zorg zo veel mogelijk moet worden beperkt indien vrijwillige zorg kan worden verleend.¹⁵⁹ In andere woorden kan gesproken worden van het uitgangspunt: “Nee, tenzij...”.¹⁶⁰ Dit uitgangspunt impliceert dat onvrijwillige zorg niet mag worden verleend, tenzij er sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt zelf of voor derden.¹⁶¹

Voordat onvrijwillige zorg in het zorgplan mag worden opgenomen moet er MDO plaatsvinden. Tijdens dit overleg moet worden gezocht naar alternatieven voor onvrijwillig zorg die middels vrijwillige zorg kunnen worden verleend. Het MDO moet worden gehouden met een deskundige van een andere discipline dan waarop de onvrijwillige zorg ziet.¹⁶² De aspecten die tijdens dit overleg aan bod moeten komen, zijn in artikel 10 lid 4 opgenomen. Daarbij moet het zorgplan zodanig worden aangepast dat deze weer aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt.¹⁶³

Onvrijwillige zorg mag pas in het zorgplan worden opgenomen indien de cliënt niet instemt, maar de onvrijwillige zorg nodig is om ernstig nadeel te voorkomen. De onvrijwillige zorg vanuit het zorgplan moet altijd aan de zorgvuldigheidseisen worden getoetst voordat het daadwerkelijk mag worden toegepast, ex art. 10 WZD.¹⁶⁴ In tegenstelling tot de Wet BOPZ, zijn de zorgvuldigheidseisen wettelijk in de WZD verankerd. Dit is terug te zien in het betreffende wetsartikel dat bepaalt dat aan de zorgvuldigheidseisen moet worden getoetst. Een voorbeeld hiervan is artikel 10 WZD.

De wetgever heeft de voorkeur gegeven om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk van tevoren in het zorgplan op te nemen. Onvrijwillige zorg kan enkel *zonder* zorgplan worden toegepast indien er sprake

¹⁵⁵ Frederiks & Widdershoven, *NJB* 2012, §1.

¹⁵⁶ Frederiks & Widdershoven, *NJB* 2012, §1.

¹⁵⁷ Frederiks & Widdershoven, *NJB* 2012, §1.

¹⁵⁸ *Kamerstukken II* 2011/12, 31996, 29, p. 19.

¹⁵⁹ *Stb.* 2018, 36, p. 6.

¹⁶⁰ Haarsma, *Vakblad Sociaal Werk* 2018, p. 37.

¹⁶¹ Haarsma, *Vakblad Sociaal Werk* 2018, p. 37.

¹⁶² *Stb.* 2018, 36, p. 7.

¹⁶³ *Stb.* 2018, 36, p. 7.

¹⁶⁴ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3, p. 7.

is van een onvoorzienbare situatie, hier later meer over. Verder kunnen er aanvullende zorgvuldigheidseisen worden vastgesteld: opname in het zorgplan, regelmatig MDO en afwenden van ernstig nadeel¹⁶⁵. Deze eisen strekken ertoe om mogelijke nadelige effecten van de onvrijwillige zorg weg te nemen of te beperken.¹⁶⁶

In de bijlage¹⁶⁷ is het stappenplan van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport opgenomen dat de zorgaanbieder dient te doorlopen bij de besluitvorming om tot onvrijwillige zorg over te gaan.^{168, 169} In dit stappenplan wordt de nadruk gelegd op het zoeken naar alternatieven voor onvrijwillige zorg. Ten aanzien van het doorlopen van voorgenoemd stappenplan, bestaat het nodige rumoer. Zo wordt er kritiek geuit over het geheel doorlopen van het stappenplan bij lichte vormen van onvrijwillige zorg. De kritiek ziet voornamelijk op het feit dat er geen onderscheid is gemaakt tussen lichtere en zwaardere vormen van onvrijwillige zorg.¹⁷⁰

Onvoorziene situaties

In de WZD zijn de M&M niet meer terug te zien. De nieuwe benaming is *zorg in onvoorziene situaties* waarbij het om onvrijwillige zorg gaat. Deze zorg is nodig om ernstig nadeel af te wenden.¹⁷¹

Daarbij gaat het om de volgende twee situaties.

1. Bij het opstellen van het zorgplan is geen rekening gehouden met de betreffende situatie;
2. Er is nog geen zorgplan opgesteld.

In artikel 15 zijn de vereisten opgenomen om deze zorg te verlenen. De termijn waarvoor deze zorg mag worden verleend bestrijkt de tijd die 'strikt noodzakelijk is' en die niet langer duurt dan veertien dagen.¹⁷²

3.3.3 Rechtsbescherming

De interne rechtsbescherming wordt in hoofdstuk 4 van de WZD op drie manieren gewaarborgd: externe klachtencommissie, cliëntenvertrouwenspersoon en het mentorschap. Deze drie onderwerpen zullen daarom in deze paragraaf aan bod komen. Verder zal eerst kort worden ingegaan op de reikwijdte van de WZD.

¹⁶⁵ Frederiks & Blankman, *TvGR* 2013, p. 349.

¹⁶⁶ *Stb.* 2018, 36, p. 8.

¹⁶⁷ Bijlage 2, Stappenplan Wet zorg en dwang: Zorgplan opstellen.

¹⁶⁸ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'Stappenplan Wet zorg en dwang: Zorgplan opstellen', *Dwangindezorg.nl* (gepubliceerd op 6 maart 2018) (zoek op 'Stappenplan wet zorg en dwang').

¹⁶⁹ Frederiks & Blankman, *TvGR* 2013, p. 352.

¹⁷⁰ Gevers & Ploem, *TvGR* 2015, p. 210.

¹⁷¹ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3, p. 7.

¹⁷² *Stb.* 2018, 36 p. 10.

3.3.3.1 Cliëntgebonden

De WZD zal anders dan de Wet BOPZ niet aan de locatie van de accommodatie zijn verbonden. Dit houdt in dat de (on)vrijwillige zorg cliëntgebonden wordt.¹⁷³ Door de zorg aan de cliënt te verbinden, vallen cliënten die niet in een geregistreerde accommodatie wonen tevens onder de reikwijdte van de WZD. Hierdoor wordt het mogelijk om onvrijwillige zorg uit te oefenen bij cliënten die in hun eigen woning of een vorm van kleinschalig wonen verblijven.¹⁷⁴ Hierdoor hebben alle cliënten een gelijke rechtsbescherming.¹⁷⁵

In 2016 was Frederiks van mening, dat de WZD uiteindelijk niet geheel cliëntgebonden zou worden. Dit blijkt uit het feit dat onvrijwillige zorg enkel binnen een accommodatie zou mogen worden verleend. Als gevolg hiervan zou de autonomie en de rechtsbescherming niet optimaal worden verbeterd. Dit zou uiteindelijk resulteren in de conclusie dat de WZD net als de Wet BOPZ een opnamewet wordt.¹⁷⁶ Echter is op 6 december 2017 het concept-Besluit Zorg en Dwang gepubliceerd.^{177, 178} In dit Besluit zijn nadere regels opgenomen over het verlenen van onvrijwillige ambulante zorg.¹⁷⁹ Indien het Besluit wordt aangenomen, wordt het mogelijk om ook onvrijwillige zorg tijdens het verlenen van ambulante zorg toe te passen. Omdat binnen deze scriptie wordt uitgegaan van een ziektebeeld waarbij een IBS noodzakelijk is, wordt het verlenen van ambulante zorg verder buiten beschouwing gelaten.

3.3.3.2 Externe klachtencommissie

Op grond van artikel 53 WZD is de zorgaanbieder verplicht om zich aan te sluiten bij een cliëntenorganisatie en een externe klachtencommissie die de klachten over de zorgaanbieder afhandelt. Daarbij gaat het om klachten met de onderwerpen die in lid 1 zijn opgenomen.

3.3.3.3, Cliëntenvertrouwenspersoon

Door de WZD is de cliëntenvertrouwenspersoon (hierna CVP) voor het eerst in de psychogeriatric geïntroduceerd. De CVP is daarmee in hoofdstuk 4A WZD opgenomen. Zowel betrokkene, zijn familie

¹⁷³ Frederiks & Steen, *TvGR* 2018, p. 156-157.

¹⁷⁴ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3, p. 6.

¹⁷⁵ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3, p. 15.

¹⁷⁶ Steen, *TvGR* 2017, p. 20-21.

¹⁷⁷ Frederiks & Steen, *TvGR* 2018, p. 157.

¹⁷⁸ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie en Veiligheid, 'Besluiten zorg en dwang, verplichte ggz en forensische zorg', *Internetconsulatie.nl* (bezoekt op 23 mei 2018) (zoek op 'Besluiten zorg en dwang').

¹⁷⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie en Veiligheid, 'Besluiten zorg en dwang, verplichte ggz en forensische zorg', *Internetconsulatie.nl* (bezoekt op 23 mei 2018) (zoek op 'Besluiten zorg en dwang').

als de vrijwillig opgenomen cliënt kan bij hem terecht.¹⁸⁰ De CVP geeft advies en verleent bijstand in kwesties die betrekking hebben op het verlenen van onvrijwillige zorg, opname en verblijf van de cliënt. De CVP zal pas gaan handelen indien hij daartoe opdracht van de cliënt of zijn vertegenwoordiger krijgt. Daarbij handelt de CVP altijd in het belang van de cliënt.¹⁸¹ Verder heeft de CVP een signalerende functie met betrekking tot tekortkomingen ten aanzien van onvrijwillige zorg, opname en verblijf die inbreuk maken op de rechten van een cliënt. Deze tekortkomingen zullen vervolgens bij het IGJ worden gemeld.

Hierbij merkt Frederiks op dat de CVP in dienst kan worden genomen door de zorgaanbieder. Frederiks pleit ervoor dat de CVP verbonden is aan een landelijke stichting die het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport financiert. Daardoor kan de onafhankelijkheid van de CVP worden gewaarborgd.¹⁸²

3.3.3.4 Mentorschap

In artikel 3 lid 6 WZD heeft de wetgever ervoor gekozen om het mentorschap uit Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek van overeenkomstige toepassing te verklaren, ex art. 1:450 BW jo art. 1:451 BW. Dit mentorschap is bedoeld voor cliënten die geen vertegenwoordiger, als bedoeld in artikel 2 lid 1 sub e WZD, hebben. Door middel van dit mentorschap worden de niet-vermogensrechtelijke belangen van de cliënt behartigd.¹⁸³ De zorgaanbieder moet, indien nodig, gebruikmaken van zijn bevoegdheid om het mentorschap bij de rechter te verzoeken.¹⁸⁴

3.3.4 Overleg

Het overleg tussen hulpverleners is op meerdere plaatsen in de WZD terug te zien. Dit is onder andere het geval bij het opstellen van het zorgplan en de procedure rond onvrijwillige zorg. In deze paragraaf zullen het MDO en de externe deskundige worden behandeld.

Multidisciplinair overleg

Door de invoering van de WZD wordt het MDO in diverse situaties verplicht gesteld. In de eerste plaats wordt het MDO verplicht indien het zorgplan moet worden heroverwogen, ex art. 9 lid 3 WZD. In deze situatie voldoet het zorgplan niet meer aan de zorgbehoefte van de cliënt waardoor ernstig nadeel

¹⁸⁰ *Stb.* 2018, 36 p. 29.

¹⁸¹ Frederiks, *Denkbeeld* 2012, p. 25.

¹⁸² Steen, *TvGR* 2017, p. 21.

¹⁸³ Koens, in: *T&C BW* 2017, art. 1:450 BW, aant. 1.

¹⁸⁴ *Stb.* 2018, 36 p. 4.

voor de cliënt kan ontstaan. Om dit ernstig nadeel te voorkomen moet worden gezocht naar alternatieven voor onvrijwillige zorg. In dit MDO wordt naar deze alternatieven gezocht.

In de tweede plaats moet MDO worden gehouden indien uit het hiervoor genoemde MDO is gebleken, dat er *geen* alternatieven bestaan voor onvrijwillige zorg, ex art. 10 WZD. In dat geval moet een nieuw MDO plaatsvinden over de risico's en nadelen die het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan met zich meebrengt.¹⁸⁵

Verder hebben betrokkene en zijn familie de mogelijkheid om het overleg bij te wonen. Zij zullen door de zorgverantwoordelijke op de hoogte worden gesteld van het overleg.^{186, 187}

Externe deskundige

Daarnaast is de zorgverantwoordelijke verplicht om externe deskundigen in twee situaties in te schakelen, ex art. 11 WZD:

1. De cliënt of zijn vertegenwoordiger stemt niet in met het opnemen van onvrijwillige zorg in zijn zorgplan;
2. Na het deskundigenoverleg uit artikel 10 lid 10 WZD is gebleken, dat het niet mogelijk is om de onvrijwillige zorg die in het zorgplan van de cliënt is opgenomen, binnen de vastgestelde termijn af te bouwen.¹⁸⁸

3.3.5 Rechten van de cliënt

De WZD geeft betrokkene rechten voor het moment dat de zorgaanbieder inbreuk wil maken op zijn bewegings- en keuzevrijheid. Zo krijgt betrokkene uiteraard het recht om een beslissing van de rechter te vragen, het recht op een raadsman en het recht om een klacht bij de klachtencommissie in te dienen.¹⁸⁹

Het recht om zelf te beslissen

In de WZD wordt een grote waarde toegekend aan het zelfbeschikkingsrecht. Dit is dan ook verwoord in het recht om zelf te beslissen. Het gaat daarbij om beslissingen over de zorg die betrokkene ontvangt en het uitoefenen van zijn rechten en plichten die de WZD hem toekent.¹⁹⁰

¹⁸⁵ Stb. 2018, 36 p. 6.

¹⁸⁶ Stb. 2018, 36 p. 6.

¹⁸⁷ Frederiks, *Denkbeeld* 2012, p. 25.

¹⁸⁸ Stb. 2018, 36 p. 8.

¹⁸⁹ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3, p. 7.

¹⁹⁰ *Kamerstukken II* 2011/12, 31996, 19, p. 1.

De vertegenwoordiger van de cliënt is in beginsel niet bevoegd om beslissingen te nemen. Deze bevoegdheid gaat pas van kracht, indien een niet bij de behandeling betrokken deskundige de cliënt ter zake wilsonbekwaam wil verklaren. Bij deze beslissing zal de vertegenwoordiger worden betrokken.¹⁹¹

Het recht om gehoord te worden

Betrokkene heeft het recht om door de rechter en de zorgaanbieder te worden gehoord. De zorgverantwoordelijke moet betrokkene in staat stellen om hem te horen tijdens de evaluatie over zijn zorgplan.¹⁹² Verder dient betrokkene gehoord te worden indien machtiging tot opname en verblijf of machtiging tot voortzetting van de IBS bij de rechter wordt verzocht. In artikel 38 lid 1 WZD is terug te zien dat de rechter in beginsel verplicht is om de cliënt te horen. Dit recht geldt ook indien de rechter beslist over een beslissing die een klachtencommissie al dan niet heeft genomen, ex art. 56 WZD.

Het recht om een klacht in te dienen

Artikel 53 WZD geeft betrokkene en zijn vertegenwoordiger het recht om klachten in te dienen. Klachten kunnen worden ingediend tegen de in lid 1 genoemde zorgbeslissingen.

Het recht op schadevergoeding

Eerder is gezien dat de burgemeester de bevoegdheid heeft om een IBS te verlenen. Indien de IBS van betrokkene onrechtmatig was verleend, dan had hij het recht om een verzoek tot schadevergoeding bij de rechter in te dienen, ex art. 44 WZD.

Verder kan betrokkene schadevergoeding vorderen ten aanzien van de klacht die hij bij de klachtencommissie heeft ingediend, ex art. 55 WZD. Daarbij moet het gaan om een klacht over een onrechtmatige beslissing van de zorgaanbieder.

Het recht om de rechter om een beslissing te vragen

Nadat een klacht bij de klachtencommissie is behandeld, staat de gang naar de rechter in twee gevallen open, ex art. 55 WZD:

1. De klachtencommissie heeft niet-tijdig een beslissing over de klacht genomen;
2. De klachtencommissie heeft een andere beslissing dan gegrondverklaring genomen.

In beide gevallen wordt een verzoekschrift ingediend om een beslissing van de rechter te krijgen.

¹⁹¹ *Kamerstukken II 2011/12, 31996, 29, p. 1-2.*

¹⁹² *Stb.*2018, 36, p. 5.

3.3.6 Bevoegdheden en plichten van de zorgaanbieder

De zorgaanbieder krijgt een aantal bevoegdheden toegekend. Voordat de zorgaanbieder bevoegd is om deze bevoegdheden te gebruiken, dient hij eerst de voorgeschreven procedures te volgen.¹⁹³ Een voorbeeld hiervan is het houden van MDO en het toetsen aan de zorgvuldigheidsbeginselen. In deze paragraaf worden de bevoegdheden en de verplichtingen van de zorgaanbieder dan wel zorgverantwoordelijke behandeld.

Informatieverplichting

De zorgaanbieder heeft een informatieverplichting ten aanzien van betrokkene en zijn familie. Deze verplichting is terug te zien in artikel 52 WZD. Voorgenoemd artikel ziet op het overhandigen van de rechten die betrokkene na opname op basis van de WZD heeft. De zorgaanbieder moet binnen twee weken na opname deze rechten in een schriftelijk overzicht aan betrokkene en zijn familie overhandigen. Verder moet de zorgverantwoordelijke betrokkene informeren over het MDO dat op grond van artikel 10 lid 6 moet worden gehouden.

Eindverantwoordelijkheid

De zorgaanbieder heeft in de WZD de eindverantwoordelijkheid door de wetgever toegekend gekregen. Daarmee neemt de zorgaanbieder de eindverantwoordelijkheid van de BOPZ-arts over. Dit is onder andere terug te zien in artikel 7 WZD. In dit artikel is de zorgaanbieder verantwoordelijk om voor iedere cliënt een zorgverantwoordelijke aan te wijzen.

Frederiks en Knuiman laten duidelijk blijken dat de wetgever deze beslissing niet had moeten nemen.¹⁹⁴ De Tweede Kamer heeft aangegeven dat de psychogeriatrische aandoening van deze cliënten het mogelijk maakt om verschillende regelingen toe te passen indien deze verklaarbaar en te rechtvaardigen zijn.¹⁹⁵ Iedere cliënt heeft tenslotte andere kenmerken en zorgbehoeften.¹⁹⁶ Verenso¹⁹⁷, de commissie Thematische Wetsevaluatie Gedwongen Zorg en de Raad van State hebben gepleit om de functie van de geneesheer-directeur, die vervuld wordt door de BOPZ-arts, ook in de WZD op te nemen.¹⁹⁸ Zo gaf Verenso aan dat de geneesheer-directeur een functie bekleedt die cliënten extra rechtsbescherming biedt.¹⁹⁹ De wetgever heeft het advies van de Raad van State niet

¹⁹³ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3, p. 7.

¹⁹⁴ Frederiks & Knuiman, *NJB* 2016, p. 2759.

¹⁹⁵ Frederiks & Knuiman, *NJB* 2016, p. 2761.

¹⁹⁶ Frederiks & Knuiman, *NJB* 2016, p. 2761.

¹⁹⁷ Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde

¹⁹⁸ Frederiks & Knuiman, *NJB* 2016, p. 2762.

¹⁹⁹ Frederiks & Knuiman, *NJB* 2016, p. 2761.

overgenomen, omdat de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk beperkten anders zouden zijn ingericht dan de psychiatrie.²⁰⁰

Verder merkt Frederiks op dat de zorgaanbieder niet tuchtrechtelijk kan worden aangeklaagd ten aanzien van zijn verantwoordelijkheid.²⁰¹ Daarentegen merkt Dute op dat de zorgverantwoordelijke degene is die bestuursrechtelijk kan worden aangeklaagd. De zorgverantwoordelijke is een bestuursorgaan die besluiten neemt. Hierdoor kan tegen hem een bestuursrechtelijke procedure worden gestart.²⁰²

Clïëntendossier

De zorgverantwoordelijke moet het cliëntendossier bijhouden, ex art. 454 WGBO jo art. 16 WZD. Door middel van dit dossier wordt de kwaliteit van de zorg bewaakt. Verder geeft het dossier betrokkene en zijn familie inzicht in de zorg die hij ontvangt. Het dossier dient de gegevens te bevatten die voorgenoemde artikelen voorschrijven.

Toezicht

De zorgaanbieder is verplicht om een register bij te houden waarin toegepaste onvrijwillige zorg wordt geregistreerd. Door middel van dit register houdt het IGJ toezicht. Artikel 17 WZD bevat de gegevens die de zorgaanbieder dient te registreren. De zorgaanbieder moet minimaal een keer per zes maanden een overzicht van het register naar het IGJ toezenden.

Beleidsplan

Artikel 19 WZD verplicht de zorgaanbieder om een beleidsplan op te stellen ten aanzien van onvrijwillige zorg.²⁰³ In dit plan zijn opgenomen:

- De alternatieven voor onvrijwillige zorg;
- De manier waarop wordt omgegaan met toepassen van onvrijwillige zorg en hoe de zorgaanbieder onvrijwillige zorg afbouwt;
- De wijze waarop intern toezicht wordt gehouden tijdens het uitvoeren van onvrijwillige zorg.²⁰⁴

²⁰⁰ Frederiks & Knuiman, *NJB* 2016, p. 2761.

²⁰¹ Steen, *TvGR* 2017, p. 25.

²⁰² Steen, *TvGR* 2017, p. 25.

²⁰³ *Stb.* 2018, 36 p. 11.

²⁰⁴ *Stb.* 2018, 36 p. 11.

Mentorschap

Het mentorschap is al eerder in paragraaf 3.3.3.4 behandeld. Toen is gebleken dat de zorgaanbieder de rechter moet verzoeken om een mentor aan te wijzen indien een cliënt geen wettelijk vertegenwoordiger had.²⁰⁵

Openbaar register

De zorgaanbieder moet worden opgenomen in een openbaar register voordat hij onvrijwillige zorg mag verlenen en cliënten in zijn accommodatie mag laten verblijven. Voor de registratie moeten de in art. 20 lid 1 genoemde gegevens aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport worden overlegd. Instellingen die momenteel een BOPZ-aanmerking hebben, zullen ambtshalve door de Minister in het register worden opgenomen.²⁰⁶

3.4 Conclusie

Terugkomende op de vraag wat de redenen zijn geweest om de Wet BOZP door de WZD te vervangen, kan geconcludeerd worden dat er twee redenen zijn. Ten eerste heeft de Wet BOPZ een te beperkte reikwijdte. Ten tweede sluit de Wet BOPZ niet aan op de praktijk van de psychogeriatric, doordat deze oorspronkelijk voor de psychiatrie is geschreven.

Ten aanzien van de vraag welke veranderingen de invoering van de WZD voor de cliënt en zorginstelling met zich meebrengt, kan het volgende worden geconcludeerd. De cliënt krijgt een aantal nieuwe rechten: het recht om zelf te beslissen, een grotere rechtsbescherming door middel van het mentorschap en de cliëntenvertrouwenspersoon. De zorgaanbieder krijgt door de WZD nieuwe verplichtingen en bevoegdheden: het houden van MDO, raadplegen van externe deskundige, het verzoeken om mentorschap bij de rechtbank en de taak als eindverantwoordelijke.

²⁰⁵ *Stb.* 2018, 36 p. 4.

²⁰⁶ *Stb.* 2018, 36 p. 12.

Hoofdstuk 4 Resultaten enquêtes

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de enquêtes onder BOPZ-verpleeghuizen en huisartsen besproken. Bij deze bespreking wordt tevens het verkennende interview besproken, aangezien daarin dezelfde vragen als in de enquête voor BOPZ-instellingen zijn behandeld. Voordat de resultaten van de enquêtes zullen worden besproken, zal eerst worden ingegaan op het niet-deelnemen aan de enquête door instellingen.

4.1 Geen deelname

Tijdens het voortraject, waarin instellingen zijn benaderd om deel te nemen aan de enquête, zijn diverse instellingen in regio Leiden en Den Haag benaderd. Uit dit traject is gebleken dat een groot deel van de benaderde instellingen niet wilden deelnemen aan dit onderzoek. De voornaamste redenen die instellingen aangaven waren:

1. De instelling is geen BOPZ-instelling. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de benaderde instellingen allemaal opgenomen zijn in de *Regeling aanmerking psychiatrische ziekenhuizen BOPZ bijlage 2*. De instellingen die in deze regeling zijn opgenomen zijn bevoegd om zorg vanuit de Wet BOPZ te verlenen;
2. De instelling is gezien de werkdruk niet in staat om de enquête in te vullen;
3. De instelling is momenteel nog niet bezig met het implementeren van de WZD.

Verder dient te worden opgemerkt dat vaak eerst telefonisch contact is opgenomen waarna een mailverzoek moest worden ingediend. Na dit te hebben gedaan is over het algemeen, na herhaaldelijk rappelleren, helaas een tegenreactie uitgebleven.²⁰⁷

4.2 Resultaten enquête BOPZ-instellingen

Per topic zullen eerst de plus- en minpunten van de Wet BOPZ worden besproken. Vervolgens zal de topic worden afgesloten met de visies betreffende de WZD.

Opnamemogelijkheden

De meningen zijn erg uiteenlopend als het gaat om de huidige opnamemogelijkheden. In het algemeen worden de opnamemogelijkheden als positief ervaren. Dit geldt met name voor de indicatieprocedure. De knelpunten die worden ervaren zien op verschillende aspecten: het te snel afgeven van een indicatiebesluit, de duur van de procedures, de termijnen die aan de procedures zijn verbonden en de

²⁰⁷ Bijlage 3, Telefoon- en maillogboek.

impact van de procedures voor de cliënt en zijn familie. Verder wordt er een gebrek aan ruimte, tijd en bedden ervaren. Hierdoor is het soms niet mogelijk om cliënten met een IBS op te nemen.

Een opmerkelijk resultaat is dat een respondent de RM als een negatieve procedure ervaart.²⁰⁸ Zij is van mening dat het bezoek van de onbekende rechter, griffier en advocaat op de kamer van de cliënt als bedreigend kan worden ervaren. Een andere respondent ervaart een knelpunt als het gaat om de beschikbaarheid van het GGZ bij het aanvragen van een RM.²⁰⁹

Verder vinden vier respondenten dat de RM volgens de WZD een positieve verandering is. Opvallend is dat drie respondenten geen antwoord kunnen geven aangezien zij nog nooit met een RM te maken hebben gehad. Verder dient te worden opgemerkt dat het erop lijkt dat de vraag door een aantal respondenten verkeerd is begrepen. De vraag over de toekomstige situatie ziet alleen op de opnamemogelijkheid van de RM. Het lijkt erop dat een aantal respondenten dachten dat de overige opnamemogelijkheden komen te vervallen.

Vertegenwoordiging

Ook over de vertegenwoordiging van wilsonbekwame cliënten wordt verschillend geantwoord. Over het algemeen wordt positief geantwoord. Zo vindt er goed overleg met de vertegenwoordiger plaats, worden de belangen van de cliënt vooropgesteld en behartigd en staat de vertegenwoordiger dicht bij de cliënt.

Echter spreken drie respondenten zich negatief uit. Zij geven aan dat er bij vertegenwoordiging veel onduidelijkheid bestaat en dat geregeld de visie van de vertegenwoordiger wordt opgevolgd. Zo geeft een respondent aan, dat het voor komt dat de vertegenwoordiger een andere levensstijl voor de cliënt voor ogen heeft. In zo'n geval wordt de wil van de vertegenwoordiger gevolgd, in plaats van de wil van de cliënt, onder dreiging van het indienen van een klacht.²¹⁰ Verder geven drie respondenten aan dat de invloed en aanwezigheid van de familie van de cliënt soms als knelpunt wordt ervaren. De familie wil bijvoorbeeld dat de cliënt een das en jas draagt terwijl de cliënt aangeeft dit niet te willen.²¹¹

Tot slot wordt er voornamelijk positief gereageerd op de verplichting vanuit de WZD, dat instellingen het mentorschap bij de rechter moeten verzoeken, indien een cliënt geen vertegenwoordiger heeft.

²⁰⁸ Bijlage 15, Enquête 10 BOPZ-verpleeghuis, Enquête 10 BOPZ-verpleeghuis.

²⁰⁹ Bijlage 4, Interview beleidsmedewerker.

²¹⁰ Bijlage 16, Enquête 10 BOPZ-verpleeghuis.

²¹¹ Bijlage 16, Enquête 10 BOPZ-verpleeghuis.

De meest genoemde positieve reden ziet op de verantwoording die de zorgaanbieder krijgt en de aanwezigheid van de familie van de cliënt tijdens het multidisciplinair, die tot doel hebben om de belangen van de cliënt te behartigen. Daarbij dient te worden opgemerkt dat een aantal respondenten deze werkwijze momenteel al binnen zijn instelling terugziet.

Zorgplan

Het zorgplan wordt door de respondenten zowel positief als negatief ervaren. Het positieve ziet op het inzicht dat het zorgplan over de te verlenen zorg geeft. De respondenten zijn van mening dat hierdoor duidelijk is welke zorgbehoefte de cliënt heeft, en welke zorg aan de cliënt mag worden verleend.

Het opstellen, evalueren, aanpassen en het administratief verwerken van het zorgplan wordt als tijdrovend ervaren. Daarbij komt het voor dat het zorgplan niet goed wordt bijgehouden. Verder geeft een respondent aan dat het zorgplan vaak door een hulpverlener wordt opgesteld die de cliënt niet kent.

De toekomstige situatie volgens de WZD wordt voornamelijk als positief ervaren. Echter moet worden opgemerkt dat bij de meeste respondenten al op deze manier wordt gewerkt. Het verschil is dat de evaluatie momenteel na zes weken plaatsvindt, terwijl de WZD een termijn van vier weken stelt. Verder wordt het als positief ervaren dat de familie dan wel vertegenwoordiger bij het MDO wordt betrokken.

Dwangbehandeling

De huidige regeling omtrent dwangbehandeling wordt over het algemeen positief ervaren. Het overgrote deel van de respondenten geeft aan dat dwangbehandeling over het algemeen zelden binnen zijn instelling plaatsvindt. Dwangbehandeling wordt nu al als ultimum remedium gezien, door eerst andere mogelijkheden aan te wenden. Daarbij wordt dwangbehandeling door de meesten als positief gezien als het gaat om een middel dat veiligheid en bescherming biedt.

Over het algemeen worden er geen knelpunten ervaren. De knelpunten die er zijn zien op: het te laat in actie komen waardoor gevaar ontstaat, de agressie die bij dwangbehandeling komt kijken, het onbewust toepassen van dwangbehandeling en het feit dat niet door iedere hulpverlener hetzelfde wordt gehandeld.

De toekomstige situatie wordt als positief ervaren. Daarbij wordt vier keer aangegeven dat dit al op het huidige beleid lijkt. Een respondent geeft aan dat de nieuwe regeling voor verwarring en achterdocht zal zorgen.²¹²

Middelen&Maatregelen

Ten aanzien van de M&M zijn de meningen redelijk neutraal. De M&M worden zomin mogelijk toegepast. Voordat M&M worden toegepast wordt er MDO gehouden. Een respondent geeft aan dat domotica een belangrijk hulpmiddel is om valpartijen te voorkomen.

De knelpunten die worden ervaren zien op het frequent evalueren van de toegepaste M&M, en het feit dat de respondenten M&M soms nodig achten voor de veiligheid van de cliënt.

Verder is het opmerkelijk dat een van de respondenten aangeeft dat de termijn van zeven dagen als het nodig is, wordt overschreden. Daarbij geeft zij aan er geen consequenties aan worden verbonden indien de reden van de overschrijding goed is gedocumenteerd.²¹³

De meningen zijn verdeeld als het gaat om de vraag of het een positieve of negatieve wijziging ten opzichte van de Wet BOPZ. Het is opvallend dat twee respondenten aangeven dat de maximumtermijn van veertien dagen voor het toepassen van onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties negatief is.^{214, 215} In het Bmm-BOPZ is namelijk momenteel een maximumtermijn van zeven dagen vastgesteld. Verder ervaart een respondent de hoge frequentie van evaluatie als negatief.

Overleg

Het overleg tussen hulpverleners door middel van het MDO wordt als positief ervaren. Hulpverleners spreken positief over de hulp die verschillende disciplines elkaar kunnen aanbieden en mate waarin zij bereikbaar zijn.

Opvallend is dat een respondent aangeeft dat er geen overleg binnen de betreffende instelling plaatsvindt.²¹⁶ Het plannen en houden van een overleg met alle disciplines wordt als een groot knelpunt ervaren. Verder heeft een respondent aangegeven dat niet iedere hulpverlener alles durft te zeggen indien de cliënt of de vertegenwoordiger bij het overleg aanwezig is.²¹⁷

²¹² Bijlage 9, Enquête 3 BOPZ-verpleeghuis.

²¹³ Bijlage 4, Interview beleidsmedewerker.

²¹⁴ Bijlage 7, Enquête 1 BOPZ-verpleeghuis.

²¹⁵ Bijlage 11, Enquête 5 BOPZ-verpleeghuis.

²¹⁶ Bijlage 10, Enquête 4 BOPZ-verpleeghuis.

²¹⁷ Bijlage 9, Enquête 3 BOPZ-verpleeghuis.

De helft van de respondenten ervaart de toekomstige situatie als positief. Daarbij wordt aangegeven dat de werkwijze er momenteel al zo uitziet wegens de *Richtlijn probleemgedrag*^{218 219}. Echter wordt het benaderen van een externe deskundige bij het overschrijden van termijn voor het toepassen van onvrijwillige zorg, als overdreven en tijdrovend gezien.

Geneesheer-directeur

Er kan geen duidelijk beeld worden gekregen ten aanzien van de geneesheer-directeur. Zo zijn een aantal respondenten niet met deze functie bekend, en geven andere aan dat de BOPZ-arts of de specialist ouderengeneeskunde deze taak vervult.

Daarentegen wordt de toekomstige situatie als positief ervaren. Er wordt aangegeven dat het op het huidige beleid lijkt en dat de zorgaanbieder dichterbij staat. Een respondent geeft aan dat de BOPZ-arts een goede vervanger is van de geneesheer-directeur, vanwege hun kennis en advies.²²⁰

Opmerkingen

Aan het einde van de enquête is de mogelijkheid gegeven om opmerkingen te maken. Een respondent geeft aan dat de WZD al zo lang op zich heeft laten wachten dat een groot deel van de uitgangspunten van de WZD al zijn geïmplementeerd.²²¹ Dit is bijvoorbeeld terug te zien in de richtlijnen van de beroepsgroep. Hierdoor verwacht zij dat de invoering van de WZD geen grote veranderingen met zich meebrengt. Een andere respondent geeft aan dat de invoering van de WZD niet nodig was geweest.²²² Een derde respondent hoopt dat de WZD een oplossing is voor de cliënten die tussen wal en schip van de Wet BOPZ vallen.²²³

4.3 Resultaten enquête huisartsen

Zoals in de vorige paragraaf is aangegeven, is er bij BOPZ-instellingen momenteel niet de behoefte om aandacht aan de WZD te besteden. Gezien het feit dat het aantal ingevulde enquêtes lager is dan gehoopt, is ervoor gekozen om ook het traject voor opname in beeld te brengen. Daarom is een aparte enquête voor huisartsen opgesteld.

²¹⁸ Verenso Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, 'Samenvatting richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie', *Verenso.nl* (bezoekt op 15 mei 2018) (zoek op *Samenvatting richtlijn Probleemgedrag*, klik op de link *Samenvatting richtlijn probleemgedrag*).

²¹⁹ Bijlage 13, Enquête 7 BOPZ-verpleeghuis.

²²⁰ Bijlage 13, Enquête 7 BOPZ-verpleeghuis.

²²¹ Bijlage 13, Enquête 7 BOPZ-verpleeghuis.

²²² Bijlage 7, Enquête 1 BOPZ-verpleeghuis.

²²³ Bijlage 9, Enquête 3 BOPZ-verpleeghuis.

Constatering

De cliënt komt op verschillende momenten en manieren in contact met de huisarts. Alle respondenten geven aan dat de cliënt zelf of zijn familie bij hen op spreekuur komt. Het komt ook voor dat thuiszorg of andere hulpverleners melding doen bij de huisarts. Een respondent geeft aan dat het soms voor komt dat buurtgenoten van de cliënt op spreekuur komen.²²⁴

Het moment dat de huisarts in beeld komt is erg divers. Drie respondenten geven aan dat het voornamelijk in het beginstadium is, wanneer de cliënt vergeetachtig wordt en er nog geen diagnose is. Het kan ook voorkomen dat dit pas in een later stadium gebeurt omdat de symptomen niet opvallen door het dagelijkse leven. Een respondent geeft aan dat het eerste contact ook pas in een heel laat stadium plaatsvindt, op het moment dat er zich al gedragsproblemen voordoen.²²⁵

De functie als huisarts

De respondenten geven aan dat zij een voorlichtende, verwijzende en begeleidende rol hebben, wanneer zij hebben vastgesteld dat de cliënt geestelijke gezondheidszorg nodig heeft.

Het handelen door de respondenten is voornamelijk gericht op:

- Voorlichten, ondersteunen en begeleiden van cliënt en zijn familie;
- Het stellen van een diagnose;
- Het inschakelen van de casemanager;
- Het thuishouden van de patiënt middels thuiszorg en dagopvang;
- De cliënt in goede lichamelijke conditie houden;
- Helpen zoeken naar dan wel advisering omtrent andere huisvesting.

Een respondent geeft aan dat hij de gevolgen en de progressie van de aandoening met de cliënt bespreekt voordat de geestesstoornis dusdanig is verergerd. Zo geeft hij aan dat er al afspraken worden gemaakt ten aanzien van de wensen van de cliënt.²²⁶

Wet BOPZ

Het antwoord van de respondenten is opmerkelijk als wordt gevraagd hoe de Wet BOPZ in hun functie terugkomt. Twee respondenten geven aan dat zij zelden dan wel niet bij de Wet BOPZ zijn betrokken. Zij geven aan dat het voornamelijk de psychiater is die een actievere rol heeft. Een andere respondent

²²⁴ Bijlage 21, Enquête 3 Huisartsen.

²²⁵ Bijlage 19, Enquête 1 Huisartsen.

²²⁶ Bijlage 22, Enquête 4 Huisartsen.

geeft aan dat de huisarts bij onvrijwillige opname om inlichtingen en advies wordt gevraagd.²²⁷ De vierde respondent heeft aan dat hij vaststelt of er sprake is van het gevaarscriterium. Vervolgens vraagt hij de juiste indicatie aan.²²⁸

Als het gaat om de werkzaamheden die zij vanuit de Wet BOPZ dienen te verrichten wordt er heel divers geantwoord. Opvallend is dat een respondent aangeeft niet te weten welke werkzaamheden hij vanuit de Wet BOPZ moet verrichten, omdat hij zelden hiermee te maken heeft. Door de overige respondenten worden afzonderlijk genoemd:

- Doorverwijzen voor beoordeling en het aanleveren van relevante medische gegevens van cliënt;
- Afweging maken bij conflicterende belangen van cliënt en zijn familie;
- BOPZ-toetsing bij CIZ aanvragen en soms het GGZ inschakelen voor toetsing.

Traject voor onvrijwillige opname

Op de vraag wat momenteel goed gaat bij het traject voor onvrijwillige opname, zijn de meningen verdeeld. Twee respondenten zijn positief als het gaat om de zorgvuldige besluitvorming bij onvrijwillige opname, de rol van de casemanagers en de dagopvang die voor onvrijwillige opname beschikbaar is. De overige twee respondenten hebben geen mening of zijn niet te spreken over de huidige situatie.

De knelpunten die worden ervaren zien voornamelijk op de wachtlijsten van verpleeghuizen en de druk die de omgeving van de cliënt ervaart.

Traject na onvrijwillige opname

Opmerkelijk is dat alle respondenten aangeven dat zij geen mening of geen zicht hebben op dit traject. Echter geeft een respondent aan dat zij van familie van cliënten hoort dat er een tekort is aan personeel binnen verpleeghuizen.²²⁹ Een andere respondent geeft aan dat het voornamelijk bij de IBS knelpunten worden ervaren. Deze zien voornamelijk op de tijd die nodig is om alles te regelen.²³⁰

²²⁷ Bijlage 20, Enquête 2 Huisartsen.

²²⁸ Bijlage 22, Enquête 4 Huisartsen.

²²⁹ Bijlage 19, Enquête 1 Huisartsen.

²³⁰ Bijlage 22, Enquête 4 Huisartsen.

WZD

Alle respondenten zijn niet te spreken over de toekomstige situatie dat ambulante zorg een grote rol gaat spelen, waarbij tevens onvrijwillige zorg mag worden verleend. De respondenten geven aan dat de werkdruk voor huisartsen zal toenemen, en dat de directe omgeving van de patiënt wordt overbelast. Verder geeft een respondent aan dat huisartsen niet de juiste hulpverlener is om cliënten die onvrijwillige zorg moeten krijgen te behandelen en begeleiden.²³¹ Daarnaast wordt door twee respondenten opgemerkt langer thuis blijven wonen meestal niet beter is dan opname.

4.4 Conclusie

Ten eerste kan worden opgemerkt dat het is opgevallen dat de instellingen de WZD momenteel niet als prioriteit zien. Verder valt het op dat een deel van de respondenten (van beide enquêtes) niet beschikt over de benodigde kennis die zij volgens de huidige Wet BOPZ zouden moeten hebben. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in de enquêtevragen over de RM en de M&M. Zo heeft een groot deel van de respondenten nog nooit een RM meegemaakt. Daarnaast wordt er verontwaardigd op de twee weken-termijn van de onvrijwillige zorg in crisissituaties geantwoord, terwijl momenteel een zeven dagen-termijn voor de M&M staat. Daarnaast is het opvallend dat de respondenten bij de topics dwangmiddelen, M&M en overleg aangeven dat het huidige beleid is te vergelijken met de WZD.

Een onverwachts resultaat is dat instellingen al een groot aantal aanpassingen hebben gedaan om hun beleid op de WZD te laten aansluiten. Over het algemeen kan gezegd worden dat de WZD gedeeltelijk in de huidige werkwijze en beleid is geïmplementeerd. Daarbij moet worden opgemerkt dat de respondenten over het algemeen positief over deze punten zijn te spreken. Echter zijn er nog een aantal details waarin instellingen zich moeten verdiepen.

De terugkerende knelpunten die de respondenten, zowel in de Wet BOPZ als de WZD ervaren, zien voornamelijk op tijdsgebrek en de toenemende werklast door administratieve lasten en het houden van MDO. Dit blijkt onder andere uit het toenemende frequentie van evaluaties van het zorgplan en onvrijwillige zorg.

Er kan geen eenduidige conclusie worden getrokken als het gaat om de vraag of de WZD een positieve of negatieve wijziging is. Er zijn zowel positieve als negatieve punten van de WZD op te noemen. Verder kan geconcludeerd worden dat huisartsen minimaal te maken hebben met de Wet BOPZ.

²³¹ Bijlage 20, Enquête 2 Huisartsen.

Hoofdstuk 5 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt middels de hierna te behandelen conclusie antwoord gegeven op de centrale vraag. De centrale vraag van dit onderzoek is: *“Welk advies kan aan TeekensKarstens advocaten notarissen worden gegeven ten aanzien van de veranderingen die de WZD voor BOPZ-zorginstellingen en niet eerder opgenomen psychogeriatrische cliënten gaat doorvoeren op basis van wetsanalyse, literatuuronderzoek en enquêtes?”*.

Uit de beantwoording van de deelvragen volgt de volgende conclusie. Ten eerste kan geconcludeerd worden dat de WZD de nodige wijzigingen ten opzichte van de Wet BOPZ doorvoert. Dit blijkt onder andere uit de toetsing aan de zorgvuldigheidseisen en de mate waarin MDO moet worden gevoerd.

Ten tweede kan tot de conclusie worden gekomen dat instellingen een groot deel van de WZD al in hun beleid en werkwijze hebben geïmplementeerd. Echter dient er nog de nodige aandacht aan de details van de WZD te worden besteed. Gedacht moet worden aan het overnemen van de termijnen die de WZD voorschrijft.

Ten derde dient de kennis van instellingen te worden geactualiseerd. Uit de enquêtes is gebleken dat er op verschillende vragen (over de huidige Wet BOPZ) geen antwoord kon worden gegeven of dat het antwoord niet aansluit op de vraag. Het is van belang dat hulpverleners over de benodigde kennis beschikken voordat de WZD inwerking treedt.

Ten aanzien van voorgaande conclusies zullen in het volgende hoofdstuk een aantal aanbevelingen worden gedaan.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Aan TK kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van de advisering aan BOPZ-verpleeghuizen.

Ten eerste wordt aanbevolen om een voorlichting voor BOPZ-verpleeghuizen te organiseren. Het doel daarvan is om instellingen te activeren, hun kennis te vernieuwen en om hen bewust te maken van de wijzigingen die zij in hun beleid dienen door te voeren. Tijdens deze voorlichting worden de belangrijkste wijzigingen besproken die de Wet Zorg en Dwang per 1 januari 2020 doorvoert. Tijdens het uitvoeren van het praktijkonderzoek, is gebleken dat instellingen de WZD nog niet als prioriteit zien. Gezien het feit dat de WZD de nodige wijzigingen doorvoert, is het van belang dat instellingen tijdig hun beleid aanpassen en dat hun kennis actueel is.

Als tweede aanbeveling is een factsheet over de huidige situatie volgens de Wet BOPZ tegen opzichte van de toekomstige WZD opgesteld. Door middel van deze factsheet wordt in een kort overzicht weergegeven wat de belangrijkste wijzigingen voor instellingen zijn. De factsheet is als beroepsproduct in deze scriptie opgenomen.²³²

Ten derde wordt aanbevolen om instellingen haar personeel op een actieve wijze op de hoogte te brengen van de wijzigingen die de WZD in de zorgverlening doorvoert. Dit kan onder andere middels de online escaperoom van Vilans²³³. Deze escaperoom is gericht op het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Verder kan gedacht worden aan het spel 'Over de streep'. Tijdens dit spel kunnen stellingen en voorbeelden worden gegeven die te maken hebben met de WZD. Het is dan aan de hulpverleners om te bepalen of zij over de streep moeten gaan of niet.

²³² Bijlage 23, Beroepsproduct: Factsheet.

²³³ De escaperoom is te spelen via: <http://www.escaperoomouderenzorg.nl/>.

Tenslotte

In deze slotbijdrage wordt nog kort teruggekomen op de casus van betrokkene. In deze scriptie is zijn opnametraject volgens de Wet BOPZ en de WZD gevolgd. Daarom wordt als slotvraag gesteld: “Is de WZD een verbetering voor betrokkene, of is het behouden van de Wet BOPZ beter voor betrokkene?”

In bijlage 1²³⁴ is te lezen dat betrokkene geen rustgevende medicatie krijgt. Verder mag dwangbehandeling pas worden gestart als Chris toestemming geeft. Er worden momenteel dus geen beperkingen aan betrokkene opgelegd. In de WZD zou dit hetzelfde zijn.

De situatie zou pas veranderen als betrokkene rustgevende medicatie zou ontvangen omdat hij zich daar prettig bij voelt. In de WZD zou dit niet mogen wegens de gelijkstelling met onvrijwillige zorg. Als gevolg hiervan wordt betrokkene in zijn zorgbehoefte beperkt. Als het dus gaat om de zorg die gelijk is gesteld met onvrijwillige zorg, moet gezegd worden dat betrokkene niet de zorg kan ontvangen waar hij zelf om verzoekt. De wetgever heeft aangegeven dat dit ter bescherming van de cliënt is. Of moet het gezien worden als het overrulen van de normen en waarden die de cliënt heeft?

Kortom, de WZD is een positieve verandering voor betrokkene op het moment dat hij geen rustgevende medicatie wenst te ontvangen. Zo zal hij meer rechtsbescherming krijgen door de invoering van de cliëntenvertrouwenspersoon en de veelvuldige striktere toetsing aan de zorgvuldigheidseisen die in de WZD zijn verankerd. Verder is het voor betrokkene positief dat de instelling nu de wettelijke verplichting heeft, om de wensen en behoeften van betrokkene in acht te nemen bij het verlenen van zorg.

²³⁴ Bijlage 1, Gesprek met dochter van betrokkene.

Literatuurlijst

Boeken

Abma & Hommes 2009

T. Abma & J. Hommes, *Gedwongen opname en behandeling van psychogeriatrische patiënten/cliënten. Een leidraad voor de advocaat*, Den Haag; Boom juridisch 2009.

Dijkers & Widdershoven 2015

W.J.A.M Dijkers & T.P. Widdershoven, *Teksten Wet BOPZ*, Den Haag: SDU Uitgevers 2015.

Engberts & Kalkman-Bogerd 2017

D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Leerboek Gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2017.

Keurentjes 2016

R.B.M. Keurentjes, *De Wet BOPZ. De betekenis van de wet voor de beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg*, Den Haag: SDU Uitgevers 2016.

Koens, in: T&C BW 2017

M.J.C. Koens, commentaar op Burgerlijk Wetboek, in: *Tekst & Commentaar Burgerlijk Wetboek*, Deventer: Kluwer 2017 (boek en online).

Leenen/Dute e.a. 2008

H.J.J. Leenen & J.C.J. Dute & W.R. Kastelein, *Handboek Gezondheidsrecht deel II: Gezondheidszorg en recht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2008.

Leenen/Dute e.a. 2017

H.J.J. Leenen & J.C.J. Dute & J.K.M. Gevers & J. Legemaate & G.R.J. de Groot & M.E. Gelpke & E.J.C. de Jong, *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom juridisch 2017.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2008

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2008, *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*, Utrecht: De Tijdstroom 2008.

Stikker 2003

T.E. Stikker, *BOPZ; De samenhang tussen de WGBO en de Wet BOPZ*, Den Haag: SDU Uitgevers 2003.

Stolker, in: T&C Gezondheidsrecht* 2017

C. Stolker, commentaar op Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst, in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht*, Deventer: Kluwer 2017 (boek en online).

Verplegende en verzorgende Nederland 2011

Verplegende en verzorgende Nederland, *Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*, Utrecht: uitgever onbekend.

Vlaardingebroek, in: T&C Gezondheidsrecht* 2017

P. Vlaardingebroek, commentaar op Wet BOPZ, in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht*, Deventer: Kluwer 2017 (boek en online).

Jurisprudentie

HR 7 februari 2014, ECLI:NL:HR:2014:270. (Gelijkstellen arts verstandelijk gehandicapten met psychiater.)

HR 31 juli 2015, ECLI:NL:PHR:2015:1719. (Varbanov/Bulgarije.)

Tijdschriften

Arends & Frederiks, TvGR 2003

L.A.P. Arends & B.J.M. Frederiks, 'Hersenschimmen? Een beschouwing over de noodzaak van nieuwe wetgeving naar aanleiding van de tweede Wet BOPZ-evaluatie interne rechtspositie van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten', *TvGR* 2003, afl. 3.

Frederiks, Denkbeeld 2012

B.J.M. Frederiks, 'Van de regen in de drup?', *Denkbeeld* 2012, p. 24-27.

Frederiks & Blankman, TvGR 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. 37, p. 346-361.

Frederiks & Knuiman, *NJB* 2016

B.J.M. Frederiks & R. Knuiman, 'In Wet zorg en dwang geen plaats voor BOPZ-arts: Een onverstandige keuze', *NJB* 2016, afl. 37, p. 2759-2762.

Frederiks & Steen, *TvGR* 2018

B.J.M. Frederiks & S.M. Steen, 'De Wet zorg en dwang is aangenomen, en nu?', *TvGR* 2018, afl. 42, p. 156-163.

Frederiks & Widdershoven, *NJB* 2012

B.J.M. Frederiks & T.P. Widdershoven, 'Wetsvoorstel zorg en dwang: volle vaart vooruit of opnieuw een herbezinning?', *NJB* 2012, afl. 826.

Haarsma, *Vakblad Sociaal Werk* 2018

L. Haarsma, 'Nieuwe Wet Zorg en dwang: De Wet Zorg en dwang beschermt cliënten tegen vrijheidsbeperking en onvrijwillige zorg', *Vakblad Sociaal Werk* 2018, week 2, p. 37-38.

Legemaate, *TvGR* 1993

J. Legemaate, 'Patiëntenrechten in bijzondere situaties', *TvGR* 1993, afl. 7.

Lokven-van der Meer, van, *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 2015

H. van Lokven-van der Meer, 'Externe rechtspositie van onvrijwillige opnemingen verblijf', *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 2015, afl. 3.

Steen, *TvGR* 2017

S.M. Steen, 'Zorgen over vrijheidsbeperking bij ouderen met dementie', *TvGR* 2017, afl. 42, p. 20-28.

Ploem & Gevers, *TvGR* 2015

M.C. Ploem & J.K.M. Gevers, 'Wetgeving in de psychiatrie, psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg: Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald', *TvGR* 2015, p. 203-211.

Widdershoven, *TvGR* 2006

T.P. Widdershoven, 'Na de Wet Bopz', *TvGR* 2006, afl. 7, p. 488-503.

Widdershoven, *NJB* 2010

T.P. Widdershoven, 'Zorg en dwang: één stap voorwaarts, twee terug. Opmerkingen bij het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten', *NJB* 2010, afl. 492.

Parlementaire stukken

Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3.

Kamerstukken II 2011/12, 31996, 29.

Stb. 2007, 510.

Stb. 2014, 62.

Stb. 2018, 36.

Stcrt. 2018, 21008.

Websites

Ciz.nl.

Dwangindezorg.nl.

Rijksoverheid.nl.

Versenso.nl

Vilans.nl

Bijlage 1, Gesprek met dochter van betrokkene

Bijlage 2, Stappenplan Wet zorg en dwang: Zorgplan opstellen

Bijlage 3, Telefoon- en maillogboek

Bijlage 4, Interview beleidsmedewerker

Bijlage 5, Analyseschema enquête BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 6, Overzicht enquête BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 7, Enquête 1 BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 8, Enquête 2 BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 9, Enquête 3 BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 10, Enquête 4 BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 11, Enquête 5 BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 12, Enquête 6 BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 13, Enquête 7 BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 14, Enquête 8 BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 15, Enquête 9 BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 16, Enquête 10 BOPZ-verpleeghuis

Bijlage 17, Analyseschema enquête Huisartsen

Bijlage 18, Overzicht enquête Huisartsen

Bijlage 19, Enquête 1 Huisartsen

Bijlage 20, Enquête 2 Huisartsen

Bijlage 21, Enquête 3 Huisartsen

Bijlage 22, Enquête 4 Huisartsen

Bijlage 23, Beroepsproduct: Factsheet

