

ONDERWEG NAAR DE WET ZORG EN DWANG

Een praktijkgericht en rechtsvergelijkend onderzoek naar de gevolgen van de Wet Zorg en dwang voor zorgprofessionals binnen De Zorggroep.

Annelou Geuns in opdracht van De Zorggroep

Venlo, 1 juni 2015



ONDERWEG NAAR DE WET ZORG EN DWANG

Een praktisch en rechtsvergelijkend onderzoek naar de gevolgen van de Wet Zorg en dwang voor zorgprofessionals binnen De Zorggroep.

Naam:	Annelou Geuns
Studentnummer:	2049982
In opdracht van:	De Zorggroep
Stagementor:	Marieke Janssen
Eerste lezer:	Lieke van Berkel
Tweede lezer:	Lydia Nuchelmans
Stageperiode:	9 februari 2015 – 15 mei 2015

Venlo, 1 juni 2015

“Om je heen worden de laatste resten
menselijkheid uitgespeeld... een grijns op een
stoppelig mannensmoel keert om de seconde
terug... hij moet niet langer naar dit menselijk
uurwerk kijken... beter om nog maar wat rond
te lopen maar ze hebben zijn benen
verzwaard... voor je eigen bestwil...
we wegen hier niets meer.”

J. Bernlef, *Hersenschimmen*

WOORD VOORAF

“one of the things I was taught in law school is that I would never be able to think the same again - that being a lawyer is something that's part of who I am as an individual now.”

Kortgeleden las ik het bovenstaande citaat van Anita Hill, een bekende Amerikaanse advocate. Het deed mij terug denken aan mijn allereerste hoorcollege aan de juridische hogeschool, waar mijn toenmalige docent het college begon met de mythische woorden: *“vanaf nu zal je leven nooit meer hetzelfde zijn”*. Ik kon het toen niet geloven, maar nu ik vier jaar later bij het laatste stukje van mijn studie ben aanbeland, kan ik toch wel stellen dat hij gelijk had. Vanaf het moment dat ik aan mijn studie rechten begonnen was, ging ik niet meer gewoon door het leven als “Annelou Geuns”, maar als “Annelou Geuns de jurist” en in discussies werd ik voortaan “uitgemaakt” voor advocaat of zelfs rechter. Mijn vrienden hadden er ineens allemaal een gratis juridisch adviseur bij waarvan zij gewild, maar vooral ook ongewild juridische adviezen kregen. Ja, je kan inderdaad wel stellen dat mijn leven sindsdien erg veranderd is, maar vooral in positieve zin.

Mijn interesse voor recht is, naar mate mijn studie vorderde, alleen maar gegroeid. Voor het gezondheidsrecht heb ik belangstelling gekregen tijdens een stage op de afdeling letsel van een rechtsbijstandverzekering en na het volgen van een keuzevak gezondheidsrecht wist ik het zeker: het gezondheidsrecht, daar wil ik mijn vak van maken. Toen ik voor mijn afstuderen de gelegenheid kreeg om een onderzoek te doen, lag het dan ook voor de hand om dat onderzoek te richten op een gezondheidsrechtelijk thema. Nadat ik dit besluit genomen had, begon een lange en intensieve sollicitatieperiode die mij uiteindelijk bij De Zorggroep heeft gebracht. Voor deze organisatie heb ik de afgelopen vijftien weken onderzoek gedaan naar de nieuwe Wet Zorg en dwang. Ik kijk terug op een spannende, boeiende, maar vooral mooie ervaring. Een aantal mensen hebben daar in het bijzonder aan bijgedragen en ik zou van de gelegenheid gebruik willen maken om daar even bij stil te staan. Maar voordat ik naar goede traditie een aantal mensen bedank, wil ik toch ook speciaal de aandacht besteden aan de cliënten van Bopz-afdeling De Jasmijn. Op deze afdeling heb ik drie dagen veldonderzoek mogen verrichten en daarvoor ben ik niet alleen de medewerkers, maar ook de cliënten bijzonder dankbaar. Hun verhalen hebben, hoewel soms onverstaanbaar, diepe indruk op mij gemaakt. Zeer treffend vond ik de uitspraak van een daar werkzame verpleegkundige: *“mensen met dementie hebben één voordeel en dat is dat zij alles weer snel vergeten”*. In haar uitspraak ligt namelijk een pijnlijke waarheid verborgen, want hoe beangstigend zou het zijn als deze cliënten hun dagelijkse strijd en confrontatie met de vergankelijkheid van het leven zich telkens zouden herinneren. De cliënten hebben mij een inkijk gegund in de meest kwetsbare fase van hun leven en een woord van dank leek mij daarom, hoewel zij dit bericht waarschijnlijk niet zullen lezen, wel op zijn plaats. Verder wil ik ook nog bedanken mijn begeleiders Marieke Janssen en Anja de Ruijter, mijn docent Lieke van Berkel, de collega's van het beleidsteam en diegenen die een bijdrage hebben geleverd aan de interviews voor dit onderzoek.

Dan rest mij enkel nog u veel plezier toe te wensen bij het lezen van deze scriptie.

Annelou Geuns



Venlo, 1 juni 2015

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave

Samenvatting

Hoofdstuk 1 Inleiding	8
§ 1.1 Introductie van het onderwerp	8
§ 1.2 Probleembeschrijving	8
§ 1.3 Doelstelling	9
§ 1.4 Vraagstelling	9
§ 1.5 Methode van onderzoek	10
§ 1.6 Leeswijzer	10
 Hoofdstuk 2 Onvrijwillige zorg in de Wet Bopz	 11
§ 2.1 De Wet Bopz, een locatie gebonden opnamewet	11
§ 2.2 Opnameprocedures uit de Wet Bopz	12
§ 2.3 De art. 60-indicatieprocedure	12
§ 2.4 De voorwaarden voor het verlenen van onvrijwillige zorg	13
§ 2.4.1 Het begrip vrijheidsbeperking	13
§ 2.4.2 Opname van vrijheidsbeperkende maatregelen in het behandelplan	14
§ 2.4.3 Dwangbehandeling op grond van art. 38 lid 5 Wet Bopz	15
§ 2.4.4 Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen ter overbrugging van noodsituaties	16
§ 2.4.5 Overige vrijheidsbeperkende maatregelen	17
§ 2.4.6 Evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen	17
§ 2.5 Samenvatting	18
 Hoofdstuk 3 Onvrijwillige zorg in de Wet Zorg en dwang	 19
§ 3.1 Het begrip onvrijwillige zorg	19
§ 3.1.1 Verschillende vormen van onvrijwillige zorg	19
§ 3.1.2 Verzet, instemming en wils(on)bekwaamheid	21
§ 3.2 Voorwaarden voor het verlenen van onvrijwillige zorg	22
§ 3.2.1 In beginsel opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan	23
§ 3.2.2 Het criterium ernstig nadeel	23
§ 3.2.3 Heroverweging van het zorgplan	24
§ 3.2.4 Na de heroverweging	25
§ 3.2.5 Materiële voorwaarden voor opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan	25
§ 3.2.6 Het tweede multidisciplinaire overleg	26
§ 3.2.7 Na afloop van de eerste termijn	27
§ 3.2.8 Halfjaarlijkse evaluatie van het zorgplan	28
§ 3.2.9 Voorwaarden voor de daadwerkelijke uitvoering van onvrijwillige zorg	28
§ 3.3 Onvrijwillige zorg in noodsituaties of onvoorziene situaties	28
§ 3.4 Het gebruik van huisregels	29
§ 3.5 Samenvatting	29

Hoofdstuk 4 De praktijk in rechtsvergelijkend perspectief	30
§ 4.1 Van locatie gebonden naar cliëntvolgend	30
§ 4.1.1 <i>Onvrijwillige zorg in de sectoren thuiszorg en somatiek</i>	30
§ 4.1.2 <i>Opnameprocedures niet langer centraal</i>	31
§ 4.2 De nieuwe term onvrijwillige zorg	31
§ 4.3 Verschillende vormen van onvrijwillige zorg	33
§ 4.3.1 <i>Toediening van vocht, voeding of medicatie voor een somatische aandoening</i> ..	33
§ 4.3.2 <i>Toediening van gedragsbeïnvloedende medicatie</i>	33
§ 4.3.3 <i>Toeziethoudende maatregelen</i>	34
§ 4.3.4 <i>Maatregelen die de cliënt in zijn bewegingsvrijheid beperken</i>	34
§ 4.3.5 <i>Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten</i>	35
§ 4.4 De vaststelling van wils(on)bekwaamheid	35
§ 4.5 Van het gevaarscriterium naar het criterium ernstig nadeel	36
§ 4.6 Van behandelplan naar zorgplan	36
§ 4.7 Toetsing aan algemene rechtsbeginselen	37
§ 4.7.1 <i>Speciale formulieren voor psychofarmaca</i>	37
§ 4.8 Aanvang van onvrijwillige zorg	38
§ 4.9 Besluitvorming in multidisciplinair overleg	38
§ 4.9.1 <i>Inhoud van het multidisciplinaire overleg</i>	39
§ 4.9.2 <i>Speciale besluitvormingsformulieren voor psychofarmaca</i>	40
§ 4.9.3 <i>Toestemming arts of deskundige voor het toepassen van onvrijwillige zorg</i>	41
§ 4.10 Inhoud van het zorgplan	41
§ 4.11 Betrokkenheid externe deskundigen	42
§ 4.12 Evaluatie van onvrijwillige zorg	42
§ 4.13 Rapporteren over de voortgang van het zorgplan	43
§ 4.14 Betrokkenheid vertegenwoordiger en cliënt	43
§ 4.15 Voorwaarden voor de daadwerkelijke uitvoering van onvrijwillige zorg	44
§ 4.16 Samenvatting	44
 Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen	 45
§ 5.1 Conclusies	45
§ 5.2 Aanbevelingen	48
§ 5.2.1 <i>Uniform beleid binnen alle sectoren van De Zorggroep</i>	48
§ 5.2.2 <i>Scholing van zorgprofessionals</i>	48
§ 5.2.3 <i>Betere informatievoorziening voor naasten</i>	49
§ 5.2.4 <i>Toetsing van wils(on)bekwaamheid</i>	49
§ 5.2.5 <i>Aanpassing van het besluitvormingsproces</i>	49
§ 5.2.6 <i>Aanpassing van de besluitvormingsformulieren</i>	50
§ 5.2.7 <i>Aanpassing van het behandelplan</i>	51
§ 5.2.8 <i>Verlichting van administratieve lasten door ander evaluatiebeleid</i>	51
§ 5.2.9 <i>Betrokkenheid externe deskundigen</i>	51
§ 5.2.10 <i>Beknopte doch volledige rapportages</i>	51
§ 5.2.11 <i>Andere werkwijze ten aanzien van nood- en onvoorziene situaties</i>	52
 Literatuurlijst	 53

SAMENVATTING

In beginsel heeft iedereen het recht om zelf te bepalen welke zorg er aan hem wordt verleend. Dit noemt men ook wel het recht op autonomie. Het kan echter voorkomen dat iemand zelf niet meer in staat is om een goede beslissing over de zorg te nemen. Als gevolg hiervan moet soms het recht op autonomie worden geschonden. In die gevallen is er sprake van een zogenaamde dwangbehandeling of onvrijwillige zorg. De verlening van onvrijwillige zorg aan psychogeriatrische cliënten is het onderwerp dat in dit onderzoeksrapport centraal staat. Momenteel is dat onderwerp geregeld in de Wet Bopz.

Uit verschillende onderzoeken is echter gebleken dat deze wet niet geschikt is voor onder andere de psychogeriatrische doelgroep. Daarom heeft de wetgever het voorstel gedaan voor een nieuwe wet: de Wet Zorg en dwang.

Voor veel zorgaanbieders is het nog onduidelijk hoe deze nieuwe wet in de praktijk zal uitpakken. Velen zijn bang voor een verzwaring van de administratieve en procedurele lasten. Dat was voor De Zorggroep aanleiding om een onderzoek te starten naar de nieuwe wet. De vraag die in dat onderzoek centraal staat is:

Onder welke voorwaarden kunnen zorgprofessionals onvrijwillige zorg toepassen in de psychogeriatrische zorgsector na inwerkingtreding van de wet zorg en dwang?

Deze vraag vormt het centrale uitgangspunt voor het onderzoek en is uiteraard ook vertaald in een concrete doelstelling:

Op 1 juni 2015 zal aan De Zorggroep een onderzoeksrapport worden overhandigd waaruit blijkt welke voorwaarden de nieuwe Wet Zorg en dwang stelt aan het verlenen van onvrijwillige zorg, zodat de zorgprofessionals weten welke wijzigingen zij na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang dienen door te voeren in hun werkwijze en zodat De Zorggroep haar beleid in overeenstemming met de wet kan aanpassen.

Met verschillende onderzoeksmethoden is getracht om deze doelstelling te bereiken. Zo zijn er interviews gehouden, hebben er observaties plaatsgevonden in instellingen van de Zorggroep en is er een inhoudsanalyse gemaakt van relevante literatuur en wetgeving.

Op die manier is niet alleen de wettelijke situatie, maar ook de praktische situatie in kaart gebracht. Vervolgens is gekeken in hoeverre de huidige werkwijze van De Zorggroep voldoet aan de voorwaarden uit de Wet Zorg en dwang.

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de Wet Zorg en dwang op een aantal gebieden inderdaad meer regulerend van aard is dan de Wet Bopz. Een belangrijk verschil tussen beide wetten is de uitgebreide besluitvormingsprocedure die de Wet Zorg en dwang in tegenstelling tot de Wet Bopz voorschrijft. Deze procedure vangt aan met maar liefst twee multidisciplinaire overleggen. De onvrijwillige zorg dient vervolgens halfjaarlijks in een multidisciplinair overleg te worden geëvalueerd.

Verder maakt de Wet Zorg en dwang gebruik van het nieuwe criterium ernstig nadeel en geeft de wet een nieuwe invulling aan het begrip onvrijwillige zorg.

Na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang dient De Zorggroep haar beleid dan ook op een aantal gebieden ingrijpend te hervormen.

Zo zijn er onder andere veranderingen nodig op het gebied van het besluitvormingsproces, de besluitvormingsformulieren, het behandelplan, wilsonbekwaamheid, het evaluatiebeleid en de rapportages. Voor zorgprofessionals is deze beleidshervorming noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de voorwaarden die de Wet Zorg en dwang stelt aan het toepassen van onvrijwillige zorg.

1. INLEIDING

Een doorwrochte doel- en vraagstelling zijn noodzakelijk om een gedegen onderzoek te kunnen verrichten. Deze doelstelling, de centrale vraag en de wijze waarop met verschillende onderzoeksmethoden antwoord is gegeven op die centrale vraag, staan dan ook centraal in dit eerste inhoudelijke hoofdstuk van het onderzoeksrapport. Daarnaast staat dit hoofdstuk in het teken van achtergrondinformatie. Voor een goed begrip van de materie is dergelijke informatie immers onmisbaar. In de eerste paragrafen zal daarom kennis worden gemaakt met het onderwerp en het probleem dat aanleiding heeft gegeven tot dit onderzoek.

§ 1.1 Introductie van het onderwerp

In een samenleving die steeds individualistischer wordt, staat autonomie als juridische waarde steeds meer centraal.¹ Ook in de gezondheidszorg heeft het recht op autonomie inmiddels, na een lange discussie, zijn plaats verworven.² Waar de zorgverlener vroeger beslissingen over de zorg nam zonder daarbij überhaupt met de cliënt te overleggen, staan nu waarden als keuzevrijheid en zelfbeschikking centraal.³ Deze ontwikkeling heeft een belangrijk vraagstuk opgeworpen, want wat moet er gebeuren wanneer het recht op autonomie en keuzevrijheid zich juist tegen de cliënt keert, omdat hij door een verstoring van zijn geestesvermogens niet meer in staat is een gedegen afweging van zijn belangen te maken.⁴

De zorgprofessional die zich dagelijks met deze vraag geconfronteerd ziet, bevindt zich constant in een innerlijke tweestrijd waarbij hij moet kiezen tussen het verlenen van goede zorg enerzijds en het respecteren van iemands recht op autonomie anderzijds. Soms leidt dit er toe dat de zorgprofessional het recht op autonomie moet schenden, in dat geval is er sprake van een zogenaamde dwangbehandeling of onvrijwillige zorg. Steeds vaker dient de zorgprofessional echter de keuzes van een cliënt te accepteren, ongeacht of deze in zijn ogen goed of slecht zijn. Dit kan de zorgprofessional het gevoel geven met de handen op de rug gebonden te zijn; datgene waarvoor hij nu juist is opgeleid: het verlenen van goede zorg aan mensen, moet hij ineens nalaten. Men kan zich dan ook afvragen of het in deze de cliënt is die gedwongen wordt, of juist de zorgprofessional, of misschien zelfs allebei. De dwangbehandeling, zoals hiervoor omschreven, vindt zijn oorsprong in de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (hierna Wet Bopz). De Wet Bopz richt zich op drie doelgroepen; psychiatrische cliënten, cliënten met een verstandelijk handicap en psychogeriatrische cliënten. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat Wet Bopz voor de twee laatstgenoemde doelgroepen niet goed functioneert. Dit heeft geleid tot het voorstel voor een nieuwe wet: De Wet Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Wet Zorg en dwang). Een rechtsvergelijking van deze beide wetten is het onderwerp van dit onderzoek.

§ 1.2 Probleembeschrijving

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de reikwijdte van de huidige Wet Bopz tekortschiet. De wet geldt namelijk enkel voor zorginstellingen met een speciale Bopz-aanmerking en bindt dan ook alleen de zorgprofessionals in die instellingen aan wettelijke

¹ Bosselaar 2011, p. 5.

² Hendriks, Frederiks & Verkerk, *TvGR* 2008, afl. 1, p. 2-18

³ Trappenburg, *RdW* 2010, afl. 3, p. 42

⁴ Hendriks, Frederiks & Verkerk, *TvGR* 2008, vol. 32, afl. 1, p. 2.

waarborgen.⁵ Het verlenen van dwangverpleging buiten die instellingen is niet gereguleerd en heeft geleid tot een precare situatie. Zo bracht de universiteit van Maastricht onlangs nog het rapport “behind closed doors” uit. Dit rapport laat zien dat veel thuiswonende dementerende ouderen te maken krijgen met een vorm van dwang. De universiteit hield een onderzoek onder 837 dementerende ouderen en maar liefst 320 van de ondervraagden gaf aan te maken te krijgen met dwang. Het kan daarbij gaan om bijvoorbeeld het onder dwang douchen of eten, maar ook om fysieke beperkingen zoals bedhekken.⁶ Een wettelijke grondslag voor het verlenen van dergelijke dwangbehandelingen ontbreekt in die situaties, hetgeen op zijn minst zorgwekkend te noemen is. Met de Wet Zorg en dwang wordt getracht een einde te maken aan onder andere deze problematiek. Het wetsvoorstel is reeds in 2009 ingediend en wacht nu op zijn beoordeling door de eerste kamer. Al tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de tweede kamer klonken vanuit verschillende hoeken kritische geluiden. Zo zou het wetsvoorstel de rechtspositie van cliënten niet verbeteren en ook zou de wettelijke regeling veel te procedureel van aard zijn. Men sprak over overregulering en juridisering van de zorg.⁷ Het is dan ook voor veel zorginstellingen een vraag hoe deze nieuwe wetgeving zal uitpakken in de praktijk. Met name het argument dat de nieuwe wetgeving te veel (administratieve) lasten zou meebrengen voor zorgprofessionals, baart veel zorginstellingen en hun medewerkers zorgen. In dit onderzoek zal daarom worden ingegaan op de procedurele en materiële voorwaarden die de nieuwe Wet Zorg en dwang stelt aan het verlenen van onvrijwillige zorg. Het onderzoek zal zich daarbij richten op de zorgprofessional in de psychogeriatrische zorgsector.

§ 1.3 Doelstelling

Uiteraard wordt met dit onderzoek een bepaald doel nagestreefd. Dit doel is opgesteld aan de hand van SMART-criteria en luidt als volgt: Op 1 juni 2015 zal aan De Zorggroep een onderzoeksrapport worden overhandigd waaruit blijkt welke voorwaarden de nieuwe Wet Zorg en dwang stelt aan het verlenen van onvrijwillige zorg, zodat de zorgprofessionals weten welke wijzigingen zij na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang dienen door te voeren in hun werkwijze en zodat De Zorggroep haar beleid in overeenstemming met de wet kan aanpassen.

§ 1.4 Vraagstelling

Uiteraard is voorafgaand aan dit onderzoek een centrale vraagstelling opgesteld. Deze vraag geldt als het vertrekpunt voor het onderzoek en luidt als volgt:

Onder welke voorwaarden kunnen zorgprofessionals onvrijwillige zorg toepassen in de psychogeriatrische zorgsector na inwerkingtreding van de wet zorg en dwang?

Deze hoofdvraag is opgedeeld in een aantal deelvragen zodat stapsgewijs een antwoord op de centrale vraag kan worden geformuleerd. De deelvragen zien er als volgt uit:

1. Welke voorwaarden gelden op basis van de Wet Bopz voor het toepassen van onvrijwillige zorg?
2. Welke voorwaarden zullen voortaan volgens de Wet Zorg en dwang gelden voor het toepassen van onvrijwillige zorg?

⁵ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, 3, p. 2 (MvT).

⁶ Vis, *NRC* 30 oktober 2014.

⁷ Advies Raad van State 2012 en Frederiks, *Denkbeeld* 2012, afl. 6, p. 27.

3. Welke voorwaarden volgen er uit het beleid dat op dit moment geldt binnen De Zorggroep met betrekking tot het toepassen van onvrijwillige zorg.
4. Welke wijzigingen kunnen worden waargenomen bij een vergelijking van de Wet Bopz, het daarbij behorende beleid en de Wet Zorg en dwang met betrekking tot het toepassen van onvrijwillige zorg?
5. Hoe dient De Zorggroep in de toekomst haar beleid aan te passen zodat zorgprofessionals aan de voorwaarden uit de Wet Zorg en dwang kunnen voldoen?

Er is gekozen voor een rechtsvergelijkende benadering van de centrale vraag. Vanuit de organisatie bestond namelijk de behoefte om in beeld te brengen welke wijzigingen de Wet Zorg en dwang met zich meebrengt ten opzichte van de Wet Bopz.

Bij de beantwoording van de deelvragen zal telkens worden ingegaan op zowel de formele als de materiële voorwaarden waaraan de zorgprofessional moet voldoen om onvrijwillige zorg te kunnen verlenen. De formele voorwaarden worden daarbij gevormd door het besluitvormingsproces dat aan de verlening van onvrijwillige zorg vooraf gaat en de materiële voorwaarden bestaan uit de criteria waaraan de zorgprofessional moet toetsen tijdens dat besluitvormingsproces.

§ 1.5 Methode van onderzoek

Dit onderzoek draagt zowel theoretische als praktische kenmerken in zich en kan dus worden getypeerd als een praktijkgericht juridisch onderzoek. Het juridische en tevens theoretische deel wordt vooral gevormd door de eerste twee deelvragen. Er is ter beantwoording van deze deelvragen een rechtsbronnen- en literatuuronderzoek verricht, waarbij een grondige inhoudsanalyse is gemaakt van de Wet Bopz, de Wet Zorg en dwang en de bijbehorende kamerstukken en literatuur. Bij de rechtsvergelijking die vervolgens heeft plaatsgevonden, is ook gekeken naar de wijze waarop de wet en de daarbij behorende beleidsnotities van De Zorggroep in de praktijk worden uitgevoerd. Om deze praktische situatie in beeld te brengen is er casestudy verricht, hebben er observaties plaatsgevonden en zijn er interviews gehouden. Daarmee is het praktijkgerichte karakter van dit onderzoek gewaarborgd.

§ 1.6 Leeswijzer

Het onderzoeksrapport is opgebouwd uit vijf hoofdstukken. Na dit inleidende hoofdstuk volgen twee juridische hoofdstukken waarin een uiteenzetting zal worden gegeven van de Wet Bopz (hoofdstuk 2) en de Wet Zorg en dwang (hoofdstuk 3). Centraal staat daarbij de vraag aan welke voorwaarden de zorgprofessional moet voldoen om onvrijwillige zorg te kunnen verlenen. Beide wetten zullen worden uitgelegd aan de hand van een casus die gebaseerd is op een casus uit de praktijk. Het wettelijk kader wordt gevolgd door een uitgebreid praktijkhoofdstuk waarin antwoord wordt gegeven op de derde, vierde en vijfde deelvraag (hoofdstuk 4). Er zal een vergelijking worden gemaakt van de Wet Bopz en de Wet Zorg en dwang, waarbij tevens wordt ingegaan op de huidige werkwijze van zorgprofessionals. Beleidsnotities, interviews en observaties vormen hierbij een belangrijke bron van informatie. Met behulp van deze informatie zal antwoord worden gegeven op de vraag hoe zorgprofessionals in de toekomst hun werkwijze aan moeten passen, om te voldoen aan de voorwaarden uit de Wet Zorg en dwang. Het laatste hoofdstuk staat ten slotte in het teken van conclusies en aanbevelingen. Hierin zal een antwoord worden gegeven op de centrale vraag.

2. ONVRIJWILLIGE ZORG IN DE WET BOPZ

Zoals in de inleiding al werd aangegeven heeft dit onderzoek een rechtsvergelijkend karakter, waarbij enerzijds de huidige Wet Bopz en anderzijds de nieuwe Wet Zorg en dwang centraal staat. Om een goede vergelijking te kunnen maken is het dan ook noodzakelijk om van beide wetten een duidelijk beeld te hebben. In dit tweede hoofdstuk van het onderzoeksrapport zal daarom aandacht worden besteed aan de vraag welke voorwaarden de Wet Bopz stelt aan het verlenen van onvrijwillige zorg. Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van een casus die gebaseerd is op een casus uit de praktijk. Telkens wordt een deel van deze casus omschreven, waarna wordt ingegaan op de bijbehorende theorie. De casus is ter illustratie in dit hoofdstuk opgenomen.

Als meneer De Wit 78 is, wordt hij gediagnosticeerd met de ziekte van Alzheimer. Zijn echtgenote besluit om de rol van mantelzorger op zich te nemen, zodat meneer De Wit zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. In het begin verloopt de verlening van mantelzorg voorspoedig. Echter na verloop van tijd merkt mevrouw De Wit dat haar echtgenoot steeds meer moeite krijgt met het uitvoeren van bepaalde handelingen zoals douchen en wassen. Zij probeert hem te helpen door het geven van instructies, maar ook deze kan hij niet meer begrijpen. Dit zorgt bij meneer De Wit voor veel irritatie en soms zelfs agressie. Daarom besluit mevrouw De Wit hulp in te schakelen van de thuiszorg bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals douchen en wassen. Meneer De Wit is echter erg gesteld op zijn zelfstandigheid en wil de regie zelf in handen houden. Hij laat dan ook geen enkele hulp toe en wantrouwt het verzorgend personeel van de thuiszorg. Wanneer zij hem proberen te verzorgen wordt hij erg agressief, hij snapt niet wat de thuiszorgmedewerkers van hem moeten en is achterdochtig. Dit leidt er soms toe dat meneer De Wit weken niet gedoucht wordt en nauwelijks gewassen.

§ 2.1 De Wet Bopz, een locatie gebonden opnamewet

De Wet Bopz kenmerkt zich door haar locatie gebonden karakter. Dit locatie gebonden karakter houdt in dat de zorgprofessional enkel onvrijwillige zorg mag verlenen aan cliënten die via een opnameprocedure zijn opgenomen in een Bopz-aangemerkte instelling. Het is de thuiszorgmedewerkers in de casus van meneer De Wit formeel gezien dan ook niet toegestaan om meneer De Wit onder dwang bepaalde behandelingen te laten ondergaan. Daarvoor moet meneer De Wit eerst worden opgenomen in een Bopz-aangemerkte instelling. Men kan hieruit dan ook de conclusie trekken dat deze opnameprocedures een centrale plaats innemen in de wet.⁸ In de volgende paragrafen zal daarom besproken worden welke opnameprocedures er zoal voorkomen in de Wet Bopz.

Het wordt steeds zwaarder voor mevrouw De Wit om haar echtgenoot te verzorgen en zij dreigt dan ook overbelast te raken. De thuiszorgmedewerkers merken dit en stellen aan mevrouw De Wit voor om haar man op te laten nemen in een verpleeghuisinstelling. Mevrouw De Wit wil daar echter niets van weten en wil gewoon dat haar man samen met haar in huis blijft wonen. Dagelijks gaat mevrouw De Wit de strijd aan met haar man om te wassen en schone kleren aan te trekken. Meneer De Wit wordt echter steeds agressiever tijdens de verzorgingsmomenten. Op een gegeven moment ziet mevrouw De Wit dan ook in

⁸ Rapport evaluatiecommissie van de Wet Bopz 2007.

dat opname toch echt noodzakelijk is. Mevrouw De Wit probeert met korte zinnen aan haar man uit te leggen wat de opname precies inhoudt en vraagt hem of hij hiertoe bereid is. Meneer De Wit kan haar vraag echter niet begrijpen en reageert met een onsamenhangend verhaal. Mevrouw De Wit en ook de thuiszorgmedewerkers kunnen er niet achter komen wat meneer De Wit nu wil.

§ 2.2 Opnameprocedures uit de Wet Bopz

De Wet Bopz onderscheidt drie verschillende opnameprocedures: de inbewaringstelling, de machtigingsprocedure en de zogenaamde artikel 60-indicatieprocedure. De inbewaringstelling is speciaal bedoeld voor noodsituaties. In die situaties kan de burgemeester op korte termijn de inbewaringstelling van een persoon gelasten door de uitvaardiging van een beschikking. Is er geen sprake van een noodsituatie en verzet de cliënt zich duidelijk tegen opname dan dient de opname plaats te vinden via een machtigingsprocedure. Dikwijls zal er echter sprake zijn van een situatie waarbij de cliënt geen verzet uit, maar ook geen blijf geeft van de nodige bereidheid tot opname. Ook in de casus van meneer De Wit is hiervan sprake. Bij hem is de ziekte van Alzheimer inmiddels zover gevorderd, dat hij niet meer in staat is om zich in woorden uit te drukken. Hiervan is vaak sprake bij psychogeriatrische cliënten. Door middel van het volgen van de zogenaamde art. 60-indicatieprocedure kunnen deze cliënten toch op verantwoorde wijze worden opgenomen. In de volgende paragrafen zal worden uitgelegd hoe de art. 60-indicatie procedure in zijn werk gaat. Ook meneer De Wit heeft deze procedure gevolgd. Er zal verder niet worden ingegaan op de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling. Deze procedures komen in de psychogeriatrische zorgsector immers niet veel voor en zijn in verband met de reikwijdte van dit onderzoek ook minder relevant. Opname is onder de Wet Zorg en dwang namelijk geen voorwaarde voor het verlenen van onvrijwillige zorg en de opnameprocedures uit beide wetten zullen daarom niet met elkaar worden vergeleken.

§ 2.3 De art. 60-indicatieprocedure

Niet de rechter, maar een speciale commissie toetst of de cliënt op grond van art. 60 Wet Bopz kan worden opgenomen. Het centrum indicatiestelling zorg (hierna: CIZ) is hiervoor het aangewezen orgaan. Voorheen was deze bevoegdheid aan het CIZ toegekend in het zorgindicatiebesluit. Dat besluit is inmiddels vervallen, maar wordt op dit moment in de praktijk wel nog als grondslag gehanteerd. Na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang, zal voortaan de Wet langdurige zorg als grondslag gelden.

De aanvraag voor een art. 60-indicatie kan zowel mondeling als schriftelijk worden ingediend. Na ontvangst van de aanvraag zal het CIZ eerst beoordelen of er geen sprake is van verzet of de nodige bereidheid tot opname. Indien dit wel het geval zou zijn gelden er immers andere wettelijke kaders. Er is voldaan aan het bereidheidscriterium indien uit de verbale en non-verbale uitingen van de cliënt blijkt dat hij voldoende bereid is om tot opname over te gaan. Overigens kan enkel geconcludeerd worden dat er voldaan is aan het bereidheidscriterium indien de cliënt ten aanzien van de opname wilsbekwaam is. De cliënt moet dan ook in staat zijn om de noodzaak tot opname en de consequenties van zijn keuze te kunnen begrijpen.⁹ Dit geldt overigens niet wanneer het gaat om de vraag of er sprake is van verzet. In principe moet elke verbale of non-verbale vorm van verzet serieus worden genomen, ook als de cliënt niet meer wilsbekwaam is.¹⁰

Nadat vast is komen te staan dat er inderdaad geen sprake is van verzet of bereidheid tot

⁹ Arends 2006, p. 38-39.

¹⁰ Arends 2005, p. 135

opname, dient het CIZ zich te buigen over de vraag of er noodzaak tot opneming bestaat. Op grond van art. 60 lid 4 Wet Bopz dient men deze vraag te beantwoorden aan de hand van het handhavingscriterium. Volgens dit criterium is opname noodzakelijk indien de cliënt zich niet meer buiten de instelling kan handhaven. Het CIZ kijkt bij zijn beoordeling vooral in hoeverre de cliënt in staat is zichzelf thuis te verzorgen en of er sprake is van zelfverwaarlozing of maatschappelijke teloorgang.¹¹ Daarbij eist de Wet Bopz dat er een causaal verband bestaat tussen de geestesstoornis en de noodzaak tot opneming. De Wet Bopz laat het CIZ vrij in de manier waarop het vaststelt dat er sprake is van een geestesstoornis. Het CIZ kan hierbij onder andere gebruik maken van verklaringen van bijvoorbeeld de huisarts en een psychiater, maar ook de verklaringen van omstanders zoals mevrouw De Wit.¹²

Meneer De Wit is als gevolg van de ziekte van alzheimer niet meer in staat om zichzelf te verzorgen en laat verzorging door anderen niet toe. Daardoor is hij in ernstige staat van verwaarlozing komen te verkeren. Het CIZ is dan ook van mening dat meneer De Wit zich niet meer buiten de instelling kan handhaven en dat er noodzaak tot opname bestaat. Na toewijzing van de art. 60-indicatie wordt meneer De Wit opgenomen in een Bopz-instelling die gespecialiseerd is in de zorg voor psychogeriatrische cliënten met ernstige gedragsstoornissen.

§ 2.4 De voorwaarden voor het verlenen van onvrijwillige zorg

In deze paragraaf komt aan de orde op welke manier en onder welke voorwaarden de zorgprofessional onvrijwillige zorg kan verlenen onder de Wet Bopz. Zoals reeds aangegeven kan onvrijwillige zorg enkel verleend worden nadat een cliënt via een van de hierboven genoemde procedures is opgenomen in een instelling met een Bopz-aanmerking. Dat wil omgekeerd niet zeggen dat opneming automatisch ook een vrijbrief geeft voor het toepassen van onvrijwillige zorg. Hieraan gaat een zeker besluitvormingsproces vooraf. Overigens is het nog van belang om op te merken dat er tot nu toe in dit hoofdstuk telkens gemakshalve gebruik werd gemaakt van de term onvrijwillige zorg. Dit is immers ook de term die in de centrale vraagstelling is gebruikt. Deze term komt echter in de Wet Bopz zelf niet voor. Sterker nog, de Wet Bopz kent überhaupt geen uniforme terminologie voor de aanduiding van dwang, maar gebruikt verschillende termen zoals middelen en maatregelen in art. 39 Wet Bopz en huisregels in art. 40 Wet Bopz. In het werkveld wordt gebruik gemaakt van de term vrijheidsbeperkende maatregelen.¹³ De wet onderscheidt verschillende procedures aan de hand waarvan vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden toegepast. Deze worden in de hierna volgende paragrafen een voor een uitgewerkt, maar eerst wordt er nader ingegaan op het begrip vrijheidsbeperking.

§ 2.4.1 Het begrip vrijheidsbeperking

De laatste jaren zijn er in het veld veel discussies gevoerd over de vraag wat er precies onder vrijheidsbeperking moet worden verstaan. De Wet Bopz geeft geen eenduidige omschrijving van dit begrip en er kan dan ook gesteld worden dat de wet op dit punt tekortschiet. De meningen in het veld met betrekking tot deze vraag lopen erg uiteen. Er doen zich met name discussies voor bij het gebruik van technologische middelen. Als voorbeeld kan gedacht worden aan een cliënt die 's avonds vaak uit bed komt en vervolgens

¹¹ Arends 2005, p. 135.

¹² Arends 2006, p. 42.

¹³ Frederiks, *Denkbeeld* 2012, afl. 6, p. 25.

door de instelling gaat dwalen. Men kan dan een sensor in bed plaatsen die de verzorgenden waarschuwt wanneer de cliënt opstaat. Het gebruik van die sensor an sich is niet vrijheidsbeperkend en wellicht minder ingrijpend dan bijvoorbeeld het gebruik van een bedhek. Echter, men kan zich afvragen of er niet toch sprake is van vrijheidsbeperking, nu de uiteindelijke intentie van die maatregel is om de cliënt in bed te houden. Voor de zorgprofessional ligt het dan ook voor de hand om bij de beantwoording van de vraag of een maatregel in een specifiek geval vrijheidsbeperkend is, te kijken naar de intentie waarmee die maatregel is opgelegd. Deze werkwijze lijkt op het eerste gezicht heel logisch. Toch schuilt hierin wel een gevaar. Niet zelden redeneert het verzorgend personeel namelijk vanuit een beschermingsgedachte: wanneer een maatregel wordt opgelegd met de intentie om de cliënt te beschermen, bijvoorbeeld een bedhek ter voorkoming van valgevaar, dan is die maatregel niet vrijheidsbeperkend. Er wordt op die manier te gemakkelijk voorbijgegaan aan het vrijheidsbeperkende neveneffect van de maatregel. Deze werkwijze is dan ook bedenkelijk te noemen.

Ook de wilsuiting van een cliënt wordt door zorgprofessionals vaak als criterium gebruikt bij de bepaling of een maatregel in een specifiek geval vrijheidsbeperkend is. Indien een cliënt zich expliciet verzet tegen de toepassing van een maatregel lijkt daarmee het vrijheidsbeperkende karakter bewezen. Niet te snel mag daarentegen uit worden gegaan van een positieve wilsverklaring. De cognitieve vaardigheden van een cliënt met een psychogeriatrische aandoening zijn immers vaak zodanig verstoord, dat deze niet meer in staat is om zijn wil en gevoelens te uiten. Ook dit criterium is dus niet voldoende onderscheidend om te bepalen of een maatregel vrijheidsbeperkend is.¹⁴

Rekening houdend met bovenstaande opmerkingen, is de definitie die Arends in zijn proefschrift voor vrijheidsbeperking heeft geformuleerd het meest volledig en correct. Arends formuleert vrijheidsbeperking als: *“alle interventies of non-interventies die in de zorg worden toegepast, dan wel worden nagelaten, en als doel of neveneffect hebben dat de vrijheid van psychogeriatrische patiënten wordt aangetast”*.¹⁵ In de hierna volgende paragrafen van dit hoofdstuk is deze definitie telkens als uitgangspunt gehanteerd.

De Wet Bopz voorziet in drie mogelijkheden op basis waarvan vrijheidsbeperkingen kunnen worden toegepast. Deze drie mogelijkheden worden hieronder nader uitgewerkt, telkens wordt er waar mogelijk weer ingegaan op specifieke onderdelen uit de casus van meneer De Wit.

§ 2.4.2 Opname van vrijheidsbeperkende maatregelen in het behandelingsplan

Nadat een cliënt is opgenomen, moet de geneesheer-directeur van de instelling ervoor zorgen dat de voor behandeling verantwoordelijke persoon (hierna: behandelaar) een behandelingsplan opstelt (art. 38 lid 1 Wet Bopz). In dit behandelingsplan dient de behandelaar vast te leggen welke therapeutische middelen er worden ingezet om verdere achteruitgang van de geestelijke gezondheidstoestand te voorkomen.¹⁶ Bij het opstellen van dit plan dient de behandelaar overleg te plegen met de huisarts en uiteraard ook met de cliënt zelf of - indien deze wilsonbekwaam is ter zake - met zijn (wettelijk) vertegenwoordiger. De Wet Bopz schrijft niet voor op welke manier getoetst moet worden of een cliënt wilsonbekwaam is. Wel zijn er vanuit het veld verschillende initiatieven genomen om hierover

¹⁴ Zwijsen, Depla, Francke & Hertogh, *Denkbeeld*, 2011, afl. 4, p. 24-25

¹⁵ Arends 2005, p. 163.

¹⁶ *Kamerstukken II* 1997/98, 25 763, brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake het kabinetsstandpunt evaluatie Wet Bopz, p. 37.

meer duidelijkheid te bieden. Zo heeft artsvereniging KNMG bijvoorbeeld een stappenplan opgesteld aan de hand waarvan kan worden getoetst of een cliënt ten aanzien van een bepaald onderwerp wilsonbekwaam is.¹⁷ Wanneer wordt vastgesteld dat de cliënt wilsonbekwaam is ter zake van een voorgestelde behandeling, kan zijn (wettelijk) vertegenwoordiger namens hem een beslissing nemen over die behandeling. In beginsel worden in het behandelingsplan enkel interventies opgenomen waarmee de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger heeft ingestemd. Op die manier kunnen, met toestemming van de cliënt, of de (wettelijk) vertegenwoordiger, vrijheidsbeperkende maatregelen in het behandelingsplan worden opgenomen. Het feit dat hiervoor toestemming is verkregen doet niets af aan het vrijheidsbeperkende karakter van de maatregel (zie de begripsomschrijving in paragraaf 2.4.1). Er moet dan ook, ondanks de toestemming, worden getoetst aan de algemene rechtsbeginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, noodzakelijkheid en doelmatigheid. Met andere woorden: de voorgestelde maatregel moet worden opgelegd met een bepaald doel en dat doel moet met de toepassing van die maatregel ook te bereiken zijn, bovendien moet de maatregel in verhouding staan tot het doel en moet er geen redelijk alternatief zijn met een minder ingrijpend karakter.¹⁸ Indien aan deze vereisten is voldaan, kan de vrijheidsbeperkende maatregel rechtmatig worden toegepast.

Zes weken nadat meneer De Wit is opgenomen, wordt er een behandelingsplan opgesteld. Tot dan toe is gebleken dat meneer De Wit zich inderdaad hevig verzet tijdens het wassen en douchen. Dit gaat gepaard met veel slaan, schoppen, schreeuwen en schelden. Het verzorgend personeel heeft gezocht naar manieren waarop meneer De Wit de zorg toch vrijwillig kan ondergaan. Zo is er bijvoorbeeld gekeken of het wellicht mogelijk is dat meneer De Wit zelf de handelingen uitvoert op aanwijzing van een verzorgende. Dit bleek echter niet mogelijk omdat de ziekte van Alzheimer er bij meneer De Wit voor heeft gezorgd dat hij niet meer in staat is om complexe handelingen uit te voeren of instructies op te volgen (oftewel: apraxie). Daarnaast is er gekeken of het wellicht verschil maakt op welk tijdstip de zorg verleend wordt en of het er toe doet of de zorg door een man of vrouw verleend wordt. Echter, wat het verzorgend personeel ook probeert, meneer De Wit blijft zich verzetten. Ondanks dit hevige verzet wordt toch besloten om door te gaan met het wassen en douchen van meneer De Wit. Dit zal echter wel tot een minimum worden beperkt. In het behandelingsplan wordt opgenomen dat meneer De Wit één keer per week zal worden gedoucht en dat hij dagelijks, indien nodig een kattenwasje krijgt, waarbij meteen het incontinentiemateriaal wordt vervangen. Het is noodzakelijk dat meneer De Wit deze verzorging krijgt. Hij is namelijk volledig incontinent en wanneer hij niet op tijd gewassen wordt bestaat het risico op wonden en infecties. Mevrouw De Wit stemt dan ook in met het voorgestelde behandelingsplan. Zoals verwacht blijft meneer De Wit zich verzetten tegen de verzorging. Er zijn telkens drie verzorgenden nodig om hem in bedwang te houden, twee daarvan houden zijn handen vast en één verricht dan de handelingen.

§ 2.4.3 Dwangbehandeling op grond van art. 38 lid 5 Wet Bopz

Zoals in de bovenstaande paragraaf uiteengezet is, wordt een behandeling in beginsel enkel in het behandelingsplan opgenomen indien daarvoor toestemming is verkregen van de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger. Uiteraard kan het voorkomen dat er geen overeenstemming wordt bereikt over het behandelingsplan. In dat geval mag een voorgestelde behandeling enkel worden toegepast indien dit volstrekt noodzakelijk is ter

¹⁷ Witmer & de Roode 2004, p. 117.

¹⁸ Arends 2006, p. 71.

afwending van gevaar voor de cliënt of voor anderen, voortvloeiend uit de geestesstoornis. Er is dan sprake van dwangbehandeling als in art. 38 lid 5 Wet Bopz. Deze regeling geldt ook wanneer een cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet tegen een behandeling die weliswaar met zijn toestemming in het plan is opgenomen. De casus van meneer De Wit is een goed voorbeeld van een dergelijke situatie. Mevrouw De Wit heeft er immers wel mee ingestemd dat haar echtgenoot dagelijks wordt gewassen en één maal per week wordt gedoucht. Echter, wanneer dit daadwerkelijk gedaan wordt, verzet meneer De Wit zich hevig. Ook dan is er dus sprake van dwangbehandeling.

Zoals gezegd mag dwangbehandeling enkel plaatsvinden indien dit strikt noodzakelijk is ter afwending van gevaar voor de cliënt of voor anderen, voortvloeiende uit de geestesstoornis. De term gevaar kan men omschrijven als: de aanmerkelijke kans dat een bepaald onheil zich voordoet en dat daardoor schade ontstaat.¹⁹ In art. 1 lid 1 sub f Wet Bopz is vastgelegd hoe het begrip gevaar nader moet worden ingevuld. Op grond van dit artikel kunnen er grofweg drie soorten gevaar worden onderscheiden. Zo kan er sprake zijn van gevaar voor de cliënt zelf, gevaar voor anderen en gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen. In onderhavige casus is er sprake van gevaar voor de cliënt zelf. Meneer De Wit is immers als gevolg van zijn ziekte zelf niet meer in staat om zich te verzorgen en als hij hierbij niet geholpen wordt dreigt er lichamelijk letsel te ontstaan. Uiteraard moet er ook in het geval van dwangbehandeling weer zijn voldaan aan de algemene rechtsbeginselen van doelmatigheid, proportionaliteit, noodzakelijkheid en subsidiariteit.

De dwangbehandelingen worden toegepast en zorgen voor veel agressie bij meneer De Wit. Gelukkig blijft meneer De Wit niet hangen in deze agressie en wanneer hij eenmaal gewassen is, kan hij meestal de dag goed doorkomen. Buiten de zorgmomenten om vertoont meneer De Wit slechts incidenteel agressief gedrag. Hij is dan vaak gefixeerd op elektra. Zo liep hij laatst de kamer binnen van een medebewoner om daar te spelen met de afstandsbediening van het elektronisch bed. Toen de verpleegkundige hem daar weg wilde halen, werd meneer De Wit erg agressief en maakte slaande bewegingen naar zowel de verpleegkundige als de medebewoner. Deze medebewoner werd op zijn beurt weer agressief hetgeen leidde tot een gevaarlijke situatie. Later die dag probeerde meneer De Wit voor de zoveelste keer om het koffiezetapparaat met een vorkje te demonteren, ook had hij van alle apparaten de stekkers uit het stopcontact getrokken. De verpleegkundige probeerde meneer De Wit te corrigeren in zijn gedrag, maar deze werd wederom erg agressief en maakt slaande en schoppende bewegingen. Ook medebewoners werden hierdoor onrustig en raakten overprikkeld. Daarom besloot de verpleegkundige om de specialist ouderengeneeskunde te bellen. Deze stelde voor om meneer De Wit af te zonderen op zijn eigen slaapkamer, zodat hij daar tot rust kon komen en zodat de situatie in het verpleeghuis kon worden gestabiliseerd.

§ 2.4.4 Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen ter overbrugging van noodsituaties

In de voorgaande paragrafen is er telkens uitgegaan van situaties waarbij vrijheidsbeperkende maatregelen, al dan niet met toestemming van de cliënt of diens (wettelijk) vertegenwoordiger, worden opgenomen in het behandelingsplan. Het is een zorgprofessional in beginsel ook niet toegestaan om zorg te verlenen die niet in het behandelingsplan is opgenomen. Toch kan het ter overbrugging van noodsituaties soms

¹⁹ HR 21 september 2007, ECLI:NL:PHR:2007:BB2964.

nodig zijn om zorg te verlenen die niet in het behandelingsplan is opgenomen. In de casus van meneer De Wit, is er sprake van een dergelijke noodsituatie. Er kunnen dan vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast op grond van art. 39 Wet Bopz. Dit artikel spreekt overigens niet over vrijheidsbeperking, maar over middelen en maatregelen. Wat hieronder moet worden verstaan is opgenomen in het gelijknamige besluit.²⁰ Het afzonderen van cliënten, zoals in de casus van meneer De Wit valt op grond van dit besluit onder de noemer middelen en maatregelen. Daarnaast zijn er in het besluit nog drie andere interventies opgenomen, te weten separatie, fixatie en de toediening voeding, vocht of medicatie. De enkele eis die art. 39 Wet Bopz stelt aan de toepassing van deze interventies is dat zij worden toegepast ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie die wordt veroorzaakt door de geestesstoornis van de cliënt. Met andere woorden, er moet een causaal verband bestaan tussen de stoornis en de noodsituatie. Verder geldt dat middelen of maatregelen slechts voor de duur van zeven dagen mogen worden toegepast (art. 3 besluit middelen en maatregelen). Indien langere toepassing noodzakelijk, dan is opname van de interventie in het behandelingsplan vereist. Overigens geldt voor verpleeg- en verzorgingshuizen dat separatie niet is toegestaan.²¹

§ 2.4.5 Overige vrijheidsbeperkende maatregelen

Zorginstellingen hebben op grond van art. 37 jo. 40 Wet Bopz de mogelijkheid gekregen om huisregels op te stellen. Deze huisregels hebben tot doel om een ordelijke gang van zaken binnen de instelling te waarborgen. Het is instellingen dan ook niet toegestaan om door middel van huisregels de vrijheid van handelen van een cliënt verder te beperken, dan dat voor een dergelijke gang van zaken noodzakelijk is (art. 3 besluit rechtspositieregelen). Zo mogen huisregels bijvoorbeeld geen betrekking hebben op de inhoud van een behandeling, individuele situaties en uitzonderingen. Ook mogen er in de huisregels geen strafsancities worden opgenomen.²²

Desalniettemin kunnen zorginstellingen met toepassing van art. 40 Wet Bopz in de huisregels een aantal vrijheidsbeperkende maatregelen opnemen. Zo is het op grond van art. 40 lid 1 Wet Bopz mogelijk om poststukken afkomstig van, of gericht aan de cliënt te controleren op meegezonden voorwerpen. Daarnaast kunnen er ook beperkingen worden opgelegd in het recht op vrij telefoonverkeer en het recht om bezoek te mogen ontvangen. Het derde lid van art. 40 Wet Bopz bepaalt ten slotte nog dat het ook is toegestaan om beperkingen op te leggen in het recht op de bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis.

§ 2.4.6 Evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen

De Wet Bopz stelt weinig eisen aan de manier waarop vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden geëvalueerd. Hierover is enkel een bepaling opgenomen in het besluit rechtspositieregelen Bopz en wel in art. 2 lid 2. In dit artikellid is de verplichting opgenomen voor het adequaat opstellen van een behandelingsplan zodat de effectiviteit van de therapeutische middelen die daarin zijn opgenomen kan worden getoetst. Zorginstellingen en zorgprofessionals zijn verder vrij in de manier waarop zij deze toetsing vormgeven.

²⁰ Art. 1 besluit middelen en maatregelen Bopz.

²¹ Arends 2006, p. 73.

²² Robben & Schippers 2004, p. 137. (huisregels in de psychogeriatric, een onderzoek van de inspectie van de gezondheidszorg, denkbeeld)

§ 2.5 Samenvatting

De zorgprofessional dient bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen te voldoen aan een aantal voorwaarden. Allereerst kan niet eerder van vrijheidsbeperkende maatregelen gebruik worden gemaakt dan nadat de cliënt via een rechterlijke machtiging, inbewaringstelling of art. 60-indicatieprocedure is opgenomen in een instelling met een Bopz-aanmerking. Daarnaast dient de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen te zijn gestoeld op één van de vier wettelijke grondslagen uit de Wet Bopz:

1. Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen als therapeutische behandeling met toestemming van de cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger worden opgenomen in het zorgplan (art. 38 lid 1 Wet Bopz jo. Art. 2 lid 2 besluit rechtspositieregelen Bopz).
2. Indien de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger zich verzet tegen de uiteindelijke uitvoering van de overeengekomen vrijheidsbeperkende maatregelen of indien geen overeenstemming wordt bereikt over opname van vrijheidsbeperkende maatregelen in het behandelingsplan, kan desondanks gebruik worden gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen indien dit noodzakelijk is ter afwending van gevaar voortvloeiende uit de geestesstoornis van de cliënt (art. 38 lid 5 Wet Bopz).
3. Vrijheidsbeperkende middelen of maatregelen kunnen op grond van art. 39 Wet Bopz worden toegepast ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie.
4. Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden opgenomen in huisregels om zodoende een ordelijke gang van zaken binnen de instelling te waarborgen.

Bij toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op basis van elk van deze vier grondslagen, dient te allen tijde rekening te worden gehouden met de algemene rechtsbeginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, noodzakelijkheid en doelmatigheid.

3. ONVRIJWILLIGE ZORG IN DE WET ZORG EN DWANG

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de vraag welke voorwaarden de Wet Zorg en dwang stelt aan het verlenen van onvrijwillige zorg. Beantwoording van deze vraag is immers noodzakelijk om vervolgens een vergelijking te kunnen maken tussen de huidige wet en werkwijze en de nieuwe Wet Zorg en dwang. Voor een goed begrip van de wet, zal allereerst worden gekeken naar de definitie van onvrijwillige zorg. Daarna zal worden ingegaan op de relevante formele en materiële voorwaarden die de Wet Zorg en dwang stelt aan het verlenen van onvrijwillige zorg. Telkens zal er, waar mogelijk, weer in worden gegaan op relevante aspecten uit de casus van meneer De Wit. Deze casus is in dit hoofdstuk opgenomen om een beeld te schetsen van onvrijwillige zorg onder de Wet Zorg en dwang en krijgt daardoor als het ware de functie van een best-practice.

§ 3.1 Het begrip onvrijwillige zorg

De term onvrijwillige zorg is een van de vele nieuwe begrippen die de Wet Zorg en dwang introduceert. Het doel van deze nieuwe term is om een einde te maken aan de praktische interpretatieproblemen in het veld op het gebied van vrijheidsbeperking (zie paragraaf 2.4.1). Op het moment dat een zorgprofessional zorg wil toepassen die onder de reikwijdte van deze nieuwe term valt is hij gebonden aan procedures uit de Wet Zorg en dwang. Daarom is het van belang om – voordat er wordt ingegaan op deze procedures – eerst goed in kaart te brengen welke zorg er precies valt onder de definitie van onvrijwillige zorg.

Uit de memorie van toelichting en art. 2 van het wetsvoorstel blijkt dat onder onvrijwillige zorg moet worden verstaan: *“een manier van ingrijpen die een aantasting betekent van fundamentele rechten zoals het recht op vrijheid en het recht op eerbiediging van het privéleven. Onvrijwillige zorg is zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich verzet”*.²³ Deze definitie van onvrijwillige zorg zal in de hierna volgende subparagrafen stapsgewijs worden toegelicht. Eerst zal er in worden gegaan op verschillende vormen van onvrijwillige zorg en vervolgens zal enige aandacht worden besteed aan de termen verzet, instemming en wils(on)bekwaamheid.

§ 3.1.1 Verschillende vormen van onvrijwillige zorg

De wetgever heeft in aanvulling op de hierboven genoemde definitie een onderscheid gemaakt in vijf verschillende vormen van onvrijwillige zorg:

1. het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening;
2. het toedienen van gedragsbeïnvloedende medicatie, vanwege de psychogeriatrische aandoening of de verstandelijke handicap;
3. maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt;
4. maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden;
5. beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten.

De eerstgenoemde interventie spreekt voor zich, een nadere toelichting hierop is dan ook niet noodzakelijk. De interventie onder punt 2 ziet op het gebruik van zogenaamde psychofarmaca. Het gebruik van psychofarmaca is door de wetgever als onvrijwillige zorg in het wetsvoorstel opgenomen, omdat dit soort medicatie soms zodanig versuffend is dat de

²³ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, 3, p. 9 (MvT).

cliënt daardoor in zijn vrijheid wordt beperkt. De derde interventie ziet op verschillende vormen van fixatie en afzondering.²⁴ Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld het gebruik van een Zweedse band of stoelblad, maar ook aan het afzonderen van cliënten in hun eigen kamer of een zogenaamde snoezelkamer. Overigens is het met betrekking tot deze interventie nog vermeldingswaardig dat de wetgever na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang bij algemene maatregel van bestuur zal bepalen welke maatregelen in ieder geval als een beperking in de bewegingsvrijheid worden aangemerkt, of juist welke maatregelen niet mogen worden ingezet om de bewegingsvrijheid te beperken.²⁵

De interventie genoemd onder punt vier ziet op het gebruik van technologische hulpmiddelen waarmee toezicht wordt gehouden op de cliënt. Dergelijke middelen worden de laatste jaren steeds vaker ingezet in de psychogeriatrische zorgsector en staan ook wel bekend als domotica. Het gebruik van domotica kan de vrijheid van de cliënt zowel direct als indirect beperken. Van een directe beperking is bijvoorbeeld sprake wanneer de cliënt een elektronisch polsbandje om krijgt dat deuren afsluit.²⁶ Als voorbeeld van een indirecte beperking kan gedacht worden aan sensoren die het verplegend en verzorgend personeel waarschuwen wanneer de cliënt uit bed stapt. Deze sensoren zijn op zichzelf niet vrijheidsbeperkend, maar maken wel een inbreuk op de privacy van de cliënt. Daarmee wordt dus een fundamenteel mensenrecht geschonden. Om die reden vallen zowel toezichthoudende maatregelen die de vrijheid direct beperken, als toezichthoudende maatregelen die de vrijheid indirect beperken onder de begripsomschrijving van onvrijwillige zorg.

Bovendien heeft de wetgever met deze keuze getracht een einde te maken aan de aanhoudende discussies onder zorgprofessionals over het vrijheidsbeperkende karakter van toezichthoudende maatregelen. De zorgprofessional dient domotica als onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen op het moment dat de cliënt wilsonbekwaam is, hij niet instemt met toepassing van de maatregel, of indien hij er geen weet van heeft dat de maatregel wordt toegepast. De wil van de cliënt is in deze dus bepalend en de vertegenwoordiger kan geen vervangende toestemming geven.²⁷

De laatste variant van onvrijwillige zorg ziet op interventies die een inbreuk maken op de persoonlijke vrijheid van de cliënt. Het kan daarbij gaan om bijvoorbeeld onder dwang douchen of wassen, maar ook om de onthouding van bepaalde middelen zoals sigaretten of drank.²⁸ De nieuwe wet ziet dus niet alleen op de toepassing van interventies die de cliënt niet wil, maar ook op het nalaten van datgene wat de cliënt juist wel wil.

Een belangrijk detail is nog dat de interventies genoemd onder punt twee en drie altijd als onvrijwillige zorg worden aangemerkt, ook al stemt de cliënt expliciet in met de toepassing van die interventie en is hij daartoe wilsbekwaam. De wetgever stuitte bij het maken van deze keuze op veel kritiek. Een veel gehoord argument is dat met deze bepaling te makkelijk voorbij wordt gegaan aan het recht van de cliënt om zelfstandig te kunnen beslissen over de zorg die aan hem wordt verleend.²⁹ Echter zoals in paragraaf 2.4.1 werd omschreven, is de wil van de psychogeriatrische cliënt doorgaans geen goede graadmeter om te bepalen of er sprake is van onvrijwillige zorg. Psychogeriatrische cliënten zijn immers veelal niet in staat

²⁴ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, 3, p. 11 (MvT).

²⁵ *Kamerstukken II* 2010/11, 31 996, 6, p. 14.

²⁶ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, 3, p. 12 (MvT).

²⁷ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, 3, p. 12 (MvT).

²⁸ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, 3, p. 12 (MvT).

²⁹ Widdershoven, *NJB* 2010/1203, p. 611-612.

om hun wil en hun gevoel te uiten. De zorgprofessional zal daarom de uitingen van de cliënt altijd moeten afwegen en interpreteren. Dit is een zeer complexe taak en hiertoe strekt het opleidingsniveau van het verzorgend en verplegend personeel doorgaans niet.³⁰ De keuze van de wetgever om psychofarmaca en middelen waarmee de cliënt in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt altijd aan te merken als onvrijwillige zorg is daarom zo verkeerd nog niet. Deze interventies maken immers een grove inbreuk op de lichamelijke integriteit van de cliënt.³¹

§ 3.1.2 Verzet, instemming en wils(on)bekwaamheid

Zoals uit de begripsomschrijving blijkt, moet onder onvrijwillige zorg worden verstaan zorg waarmee de cliënt of diens vertegenwoordiger niet heeft ingestemd, of waartegen de cliënt zich verzet. Door opneming van de termen verzet en instemming heeft de wetgever de wilsverklaring van de cliënt of diens vertegenwoordiger centraal gezet. Dit blijkt ook nog eens uit art. 3 lid 1 van de Wet Zorg en dwang, waarin de wetgever het uitgangspunt heeft opgenomen dat de cliënt in beginsel degene is die beslist over de zorg die aan hem verleend wordt. Echter, zoals uit de voorgaande paragraaf al bleek, geldt dit uitgangspunt niet voor alle maatregelen. Zo wordt de toediening van psychofarmaca bijvoorbeeld altijd als onvrijwillige zorg aangemerkt, ook als de wilsbekwame cliënt daarmee heeft ingestemd. Schematisch weergegeven ziet dit er als volgt uit:

	Interventie	Beslissing
1.	Toediening van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening	De cliënt mag beslissen, tenzij deze wilsonbekwaam is ter zake. In dat geval kan de vertegenwoordiger in zijn plaats beslissen.
2.	Toediening van gedragsbeïnvloedende medicatie voor de psychogeriatrische aandoening	Er is altijd sprake van onvrijwillige zorg, ook al stemt de cliënt of diens vertegenwoordiger toe
3.	Maatregelen die de cliënt gedurende enige tijd in zijn vrijheid beperken	Er is altijd sprake van onvrijwillige zorg, ook al stemt de cliënt of diens vertegenwoordiger toe
4.	Maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden	De cliënt mag beslissen. Bij wilsonbekwaamheid kan de vertegenwoordiger niet namens de cliënt beslissen.
5.	Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten	De cliënt mag beslissen, tenzij deze wilsonbekwaam is ter zake. In dat geval kan de vertegenwoordiger in zijn plaats beslissen.

Ten aanzien van de interventies genoemd onder punt 1 en punt 5 geldt, dat de cliënt in beginsel de aangewezen persoon is om een beslissing te nemen. Inschakeling van een (wettelijk) vertegenwoordiger komt slechts aan de orde wanneer door een niet bij de zorg betrokken arts is vastgesteld dat de cliënt wilsonbekwaam is ter zake van bepaalde

³⁰ Frederiks & Blankman, *TvGR* 2013, afl. 4 p. 349.

³¹ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, 3, p. 11 (MvT).

maatregelen zo blijkt uit art. 3 lid 2 Wet Zorg en dwang. De arts moet bij zijn beoordeling rekening houden met de gangbare richtlijnen omtrent wilsonbekwaamheid. Welke richtlijnen hier precies onder moeten worden verstaan, geeft de Wet Zorg en dwang niet aan. Als voorbeeld kan gedacht worden aan het stappenplan van de artsenvereniging KNMG.³² Zodra vaststaat dat de cliënt wilsonbekwaam is ter zake, kan een vertegenwoordiger namens hem een beslissing nemen. Uiteraard kan het voorkomen dat de vertegenwoordiger of de wilsbekwame cliënt toestemt met een bepaalde interventie, maar dat de cliënt zich uiteindelijk toch verzet tegen de daadwerkelijke toepassing daarvan. Ook dan is er sprake van onvrijwillige zorg, zo blijkt uit de eerder genoemde begripsomschrijving. De wetgever laat de zorgprofessional enige ruimte om te bepalen of er sprake is van verzet. Deze keuze heeft de wetgever gemaakt, omdat het uiten van verzet vaak moment gebonden is en soms inherent aan het psychogeriatrische ziektebeeld. Zo komt het bij psychogeriatrische cliënten dikwijls voor dat zij enige terughoudendheid vertonen wanneer zich veranderingen voordoen in de zorg (bijvoorbeeld bij nieuw verzorgend en verpleegkundig personeel, of bij een nieuwe behandeling). Deze terughoudendheid maakt dan onderdeel uit van het normale gedragspatroon en te verwachten valt dat de zorg op een later moment wel vrijwillig kan worden verleend aan de cliënt. In die situaties hoeft niet meteen rekening te worden gehouden met de extra procedurele voorschriften uit de Wet Zorg en dwang. Datzelfde geldt voor cliënten waarbij “grillig gedrag” onderdeel uit maakt van het normale gedragsrepertoire. In de memorie van toelichting definieert de wetgever het begrip verzet als volgt: de tegenstand die een cliënt of bewoner actueel vertoont tegen een hem/haar betreffende vorm van zorg en/of behandeling omdat die door hem/haar wordt ervaren als een niet juiste vorm van machtsuitoefening. Als uitgangspunt dient daarbij dus te gelden dat het om gedrag gaat dat niet inherent is aan het ziektebeeld en dat afwijkt van het normale gedragspatroon. Het verzet moet daarentegen weer wel serieus worden genomen wanneer dit consistent wordt geuit. Het maakt daarbij overigens niets uit of de cliënt wilsbekwaam is.³³

§ 3.2 Voorwaarden voor het verlenen van onvrijwillige zorg

In de voorgaande paragrafen is stapsgewijs uitgelegd wat er precies onder onvrijwillige zorg moet worden verstaan. Nu dit in kaart is gebracht kan er gekeken worden naar de formele en materiële voorwaarden die de Wet Zorg en dwang stelt aan het toepassen van onvrijwillige zorg. Ook dit wordt weer stapsgewijs en aan de hand van casuïstiek gedaan. Allereerst zal worden gekeken naar het zorgplan, vervolgens komen de criteria waaraan de zorgprofessional moet toetsen aan de orde en ten slotte wordt er in gegaan op de stappen die de zorgprofessional achtereenvolgens moet zetten wanneer hij voornemens is onvrijwillige zorg te gaan verlenen. Er zal niet worden ingegaan op de opnameprocedures uit de Wet Zorg en dwang. De nieuwe wet is namelijk niet locatie gebonden, maar cliëntgebonden. Concreet betekent dit dat opname in een Bopz-aangemerkte instelling geen voorwaarde meer is voor het verlenen van onvrijwillige zorg. Daarmee zijn de opnameprocedures buiten het bereik van dit onderzoek komen te vallen. Bovendien heeft bespreking van deze procedures aan belang ingeboet, nu deze in grote mate vergelijkbaar zijn met de procedures uit de Wet Bopz.³⁴

³² Witmer & de Roode 2004, p. 117.

³³ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, 3, p. 9 (MvT).

³⁴ Widdershoven, *NJB* 2010/1203, p. 611.

De ziekte van alzheimer zorgt voor een achteruitgang van de cognitieve vaardigheden en het geheugen. Cliënten die in de beginfase van deze ziekte verkeren zijn echter wel nog leerbaar. Zij zijn dan ook nog in staat om zich de gewoontes van een verpleeg- of verzorgingstehuis eigen te maken, mits zij daar tijdig worden opgenomen. Meneer De Wit was echter al ver voorbij de leerbare fase van zijn ziekte toen hij werd opgenomen. Daardoor is het moeilijk voor hem om te wennen aan het leven in de verpleeghuisinstelling. Dit zorgt niet alleen tijdens de verzorgingsmomenten voor veel onrust, maar ook tijdens de nacht. Meneer De Wit heeft nooit lang geslapen en ook in de verpleeghuisinstelling houdt hij deze gewoonte in stand. Bovendien heeft de ziekte van Alzheimer er bij meneer De Wit voor gezorgd dat hij woorden en beelden niet meer met elkaar kan combineren. Zo zegt hij bijvoorbeeld wel tegen het verzorgend personeel dat hij moe is, maar als zij hem dan naar zijn slaapkamer brengen herkent hij zijn bed niet en snapt hij niet wat het verzorgend personeel wil. Hierdoor raakt meneer De Wit geïrriteerd en soms zelfs wordt hij agressief. Ook is er sprake van nachtelijk dwalen. Zo vond het verzorgend personeel meneer De Wit laatst om half vier 's nachts op de kamer van een medebewoner. Meneer De Wit stond langs het bed en zat aan de haren en kleren van deze bewoner. Ook had hij een spijkerbroek uit de kast gepakt en aangetrokken. Toen het verzorgend personeel meneer De Wit weg wilde halen, werd hij erg agressief. Hij maakte slaande bewegingen naar het personeel en naar de medebewoner, deze werd daardoor weer angstig. Met lichte dwang wist het verzorgend personeel meneer De Wit uiteindelijk naar zijn eigen kamer te brengen. Daar aangekomen wilde hij het verzorgend personeel niet laten gaan. Hij pakte hen stevig vast bij de polsen en keek fel uit zijn ogen. Nadat er een aantal incidenten hebben plaatsgevonden besluit het personeel dat het noodzakelijk is om een belsensor in te zetten. Op die manier weet het personeel meteen wanneer meneer De Wit uit bed is en krijgt hij niet de kans om kamers van andere bewoners op te lopen.

§ 3.2.1 In beginsel opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan

Op grond van art. 5 lid 1 Wet Zorg en dwang is de zorgaanbieder verplicht om binnen zes weken na aanvang van de zorg een zorgplan op te stellen. Hiertoe dient de zorgaanbieder een zogenaamde zorgverantwoordelijke aan te wijzen. Deze zorgverantwoordelijke is niet alleen verantwoordelijk voor de vaststelling van het plan, maar ook voor de uitvoering, evaluatie en eventueel aanpassing daarvan. In beginsel mag enkel de zorg verleend worden die in het zorgplan is opgenomen zo volgt uit art. 6 lid 1 Wet Zorg en dwang. Het verzorgend personeel uit de casus van meneer De Wit mag de belsensor dan ook enkel inzetten, indien het gebruik daarvan is opgenomen in het zorgplan van meneer De Wit. De zorgverantwoordelijke dient er overigens naar te streven om enkel vrijwillige zorg in het plan op te nemen (art. 5 lid 3 Wet Zorg en dwang). Opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan komt pas aan de orde indien met vrijwillige zorg niet tegemoet kan worden gekomen aan de zorgvraag van de cliënt en er dientengevolge een situatie van ernstig nadeel dreigt te ontstaan. Wat er precies onder het criterium ernstig nadeel moet worden verstaan, komt in de volgende paragraaf aan de orde.

§ 3.2.2 Het criterium ernstig nadeel

Zoals uit de vorige paragraaf bleek, dient de zorgverantwoordelijke te toetsen aan het criterium van ernstig nadeel indien hij voornemens is om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen. Uit art. 1 Wet Zorg en dwang blijkt dat er sprake is van een situatie van ernstig nadeel indien:

1. De cliënt zichzelf maatschappelijk ten gronde richt, of dreigt te richten;

2. de cliënt zichzelf in ernstige mate verwaarloost, of dreigt te verwaarlozen;
3. de cliënt ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
4. de cliënt met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
5. de cliënt een ander ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
6. de cliënt de psychische gezondheid van een ander bedreigt;
7. de cliënt de algemene veiligheid van personen of goederen bedreigt;
8. de cliënt ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid wordt bedreigt, al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt.

Geconstateerd kan worden dat het criterium van ernstig nadeel op veel punten gelijk is aan het gevaarscriterium uit de Wet Bopz, met dien verstande dat de bovenstaande opsomming niet limitatief is. Daardoor heeft het criterium ernstig nadeel een breder toepassingsbereik dan het gevaarscriterium uit de Wet Bopz. Opvallend is het dan ook dat de wetgever in zijn memorie van toelichting expliciet aangeeft dat valgevaar juist niet onder het brede criterium van ernstig nadeel valt. De reden hiervoor kan worden gevonden in verschillende onderzoeken waaruit is gebleken dat mensen die niet in hun vrijheid zijn beperkt, weliswaar vaker vallen maar niet meer letsel oplopen.³⁵ Overigens is het voor opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan niet vereist dat het ernstig nadeel zich daadwerkelijk heeft voltrokken. Het is voldoende als hiertoe een dreiging bestaat. Ook in de casus van meneer De Wit is er sprake van een dergelijke dreiging. Zo bestaat het risico dat hij met zijn hinderlijke gedrag agressie van anderen tegen hem uitlokt en bovendien kan hij met zijn eigen agressie lichamelijk letsel toebrengen aan medebewoners. Om daadwerkelijk onvrijwillige zorg in het plan van meneer De Wit op te kunnen nemen dient de zorgverantwoordelijke een aantal procedurele stappen te ondernemen. De wetgever typeert dit proces als: “een opschalend model van zorginhoudelijke besluitvorming over onvrijwillige zorg”.³⁶ De verschillende stappen uit dit model en de criteria waaraan de zorgverantwoordelijke moet toetsen komen in de volgende paragraaf aan de orde.

§ 3.2.3 Heroverweging van het zorgplan

Het algemene uitgangspunt van de Wet Zorg en dwang is dat onvrijwillige zorg slechts als ultimum remedium dient te worden toegepast. Daarom zal de zorgverantwoordelijke altijd eerst moeten onderzoeken of er nog alternatieven zijn voor het toepassen van onvrijwillige zorg. Hiertoe dient hij overleg te plegen met tenminste één deskundige van een andere discipline. De Wet Zorg en dwang schrijft uitgebreid voor welke zaken er in dit overleg aan de orde moeten komen. Zo dient aan de hand van een risico-inventarisatie te worden bekeken waar het ernstig nadeel precies uit bestaat. Daarnaast dient aan de orde te komen wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn waardoor het ernstig nadeel ontstaat en welke rol de interactie tussen de cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel. Ten slotte moet er uiteraard nog gekeken worden naar de vraag welke vormen van vrijwillige zorg nog kunnen worden benut (art. 9 Wet Zorg en dwang). Voor situaties in de thuiszorg geldt nog als extra voorwaarde dat ook moet worden beoordeeld in hoeverre de thuissituatie geschikt is voor het verlenen van onvrijwillige zorg. Mocht de zorgverantwoordelijke het gezien de zorgbehoefte van de cliënt nodig achten, dan betreft hij bij het overleg meerdere deskundigen (art. 9 lid 6 Wet Zorg en dwang). Daarnaast dient de

³⁵ *Kamerstukken II 2008/09, 31 996, 3, p. 21 (MvT).*

³⁶ *Kamerstukken II 2011/12, 31 996, nr 28, p.3.*

cliënt of diens vertegenwoordiger de mogelijkheid te krijgen om het overleg bij te wonen (art. 9 lid 5 Wet Zorg en dwang).

De zorgverantwoordelijke is van mening dat een belsensor noodzakelijk is en organiseert daarom een multidisciplinair overleg. Hij nodigt daarvoor de specialist ouderengeneeskunde uit en een psycholoog. De echtgenote van meneer De Wit is ook bij het gesprek aanwezig. Zij legt uit dat meneer De Wit altijd al weinig geslapen heeft. Vroeger was meneer De Wit een harde werker, hij heeft dan ook twee universitaire studies afgerond en na zijn pensioen heeft hij nog vrijwilligerswerk verricht in Tanzania.

Mevrouw De Wit denkt daarom dat het goed zou zijn om meneer De Wit 's middags meer activiteiten te laten verrichten, zodat hij 's avonds goed moe is en beter slaapt. Zij stelt voor dat haar echtgenoot voortaan gaat helpen bij het onderhoud van de afdelingstuin. Tuinieren is altijd een grote hobby van meneer De Wit geweest. De specialist ouderengeneeskunde en de psycholoog vinden het voorstel van mevrouw De Wit erg goed. Zij besluiten in het zorgplan op te nemen dat activering een belangrijk zorgdoel is.

§ 3.2.4 Na de heroverweging

Indien uit het multidisciplinair overleg blijkt dat er nog alternatieven voorhanden zijn, dan dient het zorgplan dienovereenkomstig te worden aangepast. In de casus van meneer De Wit is er sprake van een dergelijke aanpassing. Mocht dit aangepaste zorgplan nog steeds niet aan de zorgbehoefte van meneer De Wit voldoen, dan kan de zorgverantwoordelijke alsnog overgaan tot opname van onvrijwillige zorg in het plan. Datzelfde geldt wanneer reeds uit het multidisciplinair overleg is gebleken dat er geen alternatieven meer zijn.

Echter, voordat de zorgverantwoordelijke daadwerkelijk overgaat tot opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan, dient eerst te worden getoetst aan een aantal voorwaarden. Daarnaast moet er nogmaals een multidisciplinair overleg worden georganiseerd, waarvoor de zorgverantwoordelijke de cliënt en zijn vertegenwoordiger uitnodigt en tenminste één deskundige van een andere discipline. In artikel 10 van de Wet Zorg en dwang is vastgelegd wat er in dit tweede multidisciplinaire overleg moet worden besproken. Ook zijn in dat artikel de voorwaarden opgenomen waaraan moet zijn voldaan om onvrijwillige zorg in het zorgplan te kunnen opnemen. Deze voorwaarden en de wijze waarop het tweede multidisciplinaire overleg dient plaats te vinden worden in de volgende subparagrafen besproken.

§ 3.2.5 Materiële voorwaarden voor opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan

De materiële voorwaarden voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan kan men terug vinden in het tweede lid van artikel 10 Wet Zorg en dwang. Daarin wordt allereerst bepaald dat de psychogeriatrische aandoening van de cliënt en het daarmee gepaard gaande gedrag moet leiden tot een situatie van ernstig nadeel. Dit criterium is reeds in paragraaf 3.2.2 aan de orde geweest. In sub b, c en d van dit artikellid kan men vervolgens de algemene rechtsbeginselen van doelmatigheid, noodzakelijkheid, subsidiariteit en proportionaliteit herkennen. Het beginsel van doelmatigheid brengt als voorwaarde met zich mee dat een interventie enkel kan worden toegepast ter nastreving van een vooraf omschreven doel en dat de toepassing van die interventie ook geschikt moet zijn om dat doel te dienen. Uit hoofde van het noodzakelijkheidsbeginsel mag onvrijwillige zorg enkel worden verleend indien dit noodzakelijk is ter afwending van ernstig nadeel. Men dient bovendien ter afwending van dit nadeel te allen tijde gebruik te maken van de interventie met de minst nadelige effecten. Met andere woorden, er mag geen andere, minder nadelige interventie bestaan om het ernstig nadeel af te wenden, dan door een interventie die onder de begripsomschrijving van onvrijwillige zorg valt. Ten slotte vereist het beginsel van

proportionaliteit dat de nadelige effecten van de voorgenomen interventie in verhouding staan tot het doel dat met die interventie wordt nagestreefd. Er dient als het ware een afweging te worden gemaakt tussen de belangen die door de interventie worden behartigd aan de ene kant en de belangen van de cliënt die door de interventie in het gedrang komen aan de andere kant. Bovendien mag de op te leggen interventie, gelet op deze belangen, niet onevenredig zijn in verhouding tot de ernst van het nadeel.

§ 3.2.6 Het tweede multidisciplinaire overleg

In het tweede multidisciplinaire overleg dat dient plaats te vinden wordt nogmaals besproken wat de oorzaak van het probleemgedrag is, welke rol de interactie tussen de cliënt en de omgeving speelt en welke mogelijkheden er nog zijn voor vrijwillige zorg. Ook dient er weer een risico-inventarisatie te worden gemaakt. Daarmee heeft het tweede multidisciplinaire overleg veel weg van het eerste, met dien verstande dat in dit overleg ook aan de orde moet komen welke nadelige effecten de onvrijwillige zorg heeft op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op deelname aan het maatschappelijke leven (art. 10 lid 4 jo. lid 7 Wet Zorg en dwang). De uiteindelijke beslissing tot toepassing van onvrijwillige zorg dient vervolgens door een bij de zorg betrokken arts of deskundige te worden genomen. De instemming de behandelend arts is nodig wanneer het gaat om maatregelen die de cliënt in zijn bewegingsvrijheid beperken, of de toediening van voeding, vocht of (gedragsbeïnvloedende) medicatie. Gaat het echter om de toepassing van domotica of maatregelen die de cliënt beperken zijn eigen leven in te richten, dan dient de instemming van een deskundige te worden verkregen (art. 10 lid 3).

In het multidisciplinaire overleg moet worden bepaald voor welke termijn de onvrijwillige zorg mag worden verleend. Deze termijn mag nooit langer zijn dan drie maanden en moet worden opgenomen in het zorgplan (art. 10 lid 4 sub f Wet Zorg en dwang). Verder dienen in het zorgplan de volgende zaken te worden opgenomen (art. 10 lid 8 Wet Zorg en dwang):

1. waaruit het ernstig nadeel bestaat en de vorm van onvrijwillige zorg die kan worden ingezet ter afwending van dat nadeel;
2. welke (categorie) hulpverleners bevoegd is om de onvrijwillige zorg toe te passen
3. de duur en de frequentie van de toepassing;
4. welke aanvullende zorgvuldigheidseisen worden genomen ter afwending van nadelige effecten van onvrijwillige zorg;
5. de wijze waarop onvrijwillige zorg wordt afgebouwd;
6. de continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop deze gewaarborgd wordt.

Meneer De Wit wordt door de tuinman van het verzorgingstehuis flink aan het werk gezet. Ook wordt er met een activiteitenbegeleidster gezocht naar passende activiteiten. Helaas heeft dit alles niet mogen baten. Meneer De Wit blijft 's nachts rond dwalen en bezoekt dan kamers van medebewoners. Soms maakt hij slaande bewegingen richting deze medebewoners en wanneer het verzorgend personeel hem weg wil halen wordt hij zelfs agressief. Omdat de alternatieven klaarblijkelijk niet helpen organiseert de zorgverantwoordelijke van meneer De Wit een tweede multidisciplinair overleg. Zij nodigt daarvoor wederom mevrouw De Wit en de specialist ouderengeneeskunde uit. Daarnaast nodigt zij ook een gezondheidspsycholoog uit, het gaat ten slotte om de toepassing van domotica en daarvoor is de instemming van een deskundige vereist. In het overleg wordt allereerst gekeken waaruit het ernstig nadeel bestaat, daarbij wordt een inventarisatie gemaakt van de aanwezige risico's. Geconstateerd wordt dat zowel medebewoners, als

meneer De Wit zelf het risico lopen op lichamelijk letsel. Meneer De Wit vertoont namelijk zichtbaar agressief gedrag richting de medebewoners van wie hij 's nachts de kamer bezoekt. Zijn medebewoners kunnen hierop vervolgens reageren waardoor de kans bestaat dat meneer De Wit met zijn hinderlijke gedrag agressie van anderen tegen hem oproept. Bovendien krijgt meneer De Wit onvoldoende slaap wanneer hij te veel rond dwaalt 's nachts. Daardoor kan zijn slaap-waakritme verstoord worden hetgeen weer niet goed is voor de gezondheid van meneer De Wit. De oorzaak van het gedrag van meneer De Wit is gelegen in verschillende factoren. Een van die factoren is het feit dat meneer De Wit nooit de gewoonte heeft gehad om lang te slapen. Nu de leerbare fase van zijn ziekte al voorbij is, zal meneer De Wit ook niet meer in staat zijn om te wennen aan de bedtijdroutines en –rituelen van de verpleeghuisinstelling. Mevrouw De Wit stelt dan ook dat dit een gewoonte is die maar beter geaccepteerd kan worden. Alle partijen zijn het erover eens dat het gezien de bovenstaande risico's noodzakelijk is om te interveniëren, er is immers sprake van ernstig nadeel. Het doel van deze interventie is dan ook te voorkomen dat zowel medebewoners als meneer De Wit zelf door zijn hinderlijke gedrag letsel oplopen. De gezondheidspsycholoog stelt dat een belsensor in dit geval de meest geschikte interventie is. Hierdoor wordt het personeel gewaarschuwd wanneer meneer De Wit is opgestaan en kan voorkomen worden dat hij andere kamers bezoekt waar hij vervolgens agressief wordt. De belsensor is bovendien minder vrijheidsbeperkend dan interventies als een Zweedse band of polsbanden en is daarom het minst ingrijpend. Meneer De Wit zal hiervan dan ook weinig nadelige effecten ondervinden voor zijn lichamelijke en geestelijke gezondheid. Ook belemmert de belsensor hem niet in deelname aan het maatschappelijke leven. Wel komt met de belsensor de privacy van meneer De Wit in het gedrang. Het is immers een interventie waarmee toezicht wordt gehouden. De gezondheidspsychologe stelt echter dat in dit geval de privacy van meneer De Wit het onderspit moet delven, omdat niet alleen het welzijn van de cliënt zelf aan de orde is maar ook dat van medebewoners. Ook de coördinator zorg en diensten is het daarmee eens: het algemene welzijn van de cliënten gaat in dit geval boven het individuele recht op privacy van meneer De Wit. De gezondheidspsychologe stemt derhalve in met de toepassing van onvrijwillige zorg in de vorm van een belsensor. Omdat er binnen korte termijn geen verandering te verwachten valt in het gedrag van meneer De Wit stelt zij voor de belsensor toe te passen gedurende de maximale termijn van drie maanden. De coördinator zorg en diensten neemt ten slotte de gemaakte afspraken op in het zorgplan van meneer De Wit.

§ 3.2.7 Na afloop van de eerste termijn

Zoals gezegd dient de zorgverantwoordelijke in het zorgplan op te nemen hoelang de termijn is waarbinnen onvrijwillige zorg mag worden toegepast. Deze termijn mag in eerste instantie niet langer zijn dan drie maanden. Wanneer na drie maanden wordt geconstateerd dat de onvrijwillige zorgtoepassing nog steeds noodzakelijk is, dient nogmaals een multidisciplinair overleg plaats te vinden (art. 10 lid 10 Wet Zorg en dwang). Dit multidisciplinair overleg dient op dezelfde wijze te worden vormgegeven als het hiervoor omschreven tweede multidisciplinaire overleg, met dien verstande dat de zorgverantwoordelijke ook nog een niet bij de zorg betrokken deskundige moet uitnodigen. De onvrijwillige zorg, mag na dit uitgebreid deskundigenoverleg nogmaals met maximaal drie maanden worden verlengd (art. 10 lid 10). Is de voortzetting van onvrijwillige zorg daarna nog steeds noodzakelijk dan dient het advies van een externe deskundige te worden ingewonnen (art. 11 Wet Zorg en dwang). Ingeval van ernstige gedragsproblematiek kan bijvoorbeeld contact op worden genomen met het Centrum voor Consultatie en Expertise. De onafhankelijke deskundige brengt vervolgens

binnen drie maanden een advies uit. Tot die tijd mag de onvrijwillige zorg worden voortgezet. Na verkrijging van het externe advies dient de zorgverantwoordelijke het zorgplan aan te passen, waarbij wordt aangegeven hoe aan het advies uitvoering wordt gegeven. Indien naar aanleiding van het advies en de evaluatie blijkt dat de voortzetting van onvrijwillige zorg noodzakelijk is, kan de termijn voor toepassing van onvrijwillige zorg met zes maanden worden verlengd.

§ 3.2.8 Halfjaarlijkse evaluatie zorgplan

In artikel 8 Wet Zorg en dwang is de algemene verplichting neergelegd om het zorgplan halfjaarlijks te evalueren. Deze verplichting geldt dus ook wanneer in dit zorgplan geen onvrijwillige zorg is opgenomen. Is dit wel het geval dan geldt er, zoals besproken, een afwijkende regeling en dienen de eerste twee evaluatie plaats te vinden na drie maanden. Evaluatie met betrekking tot voortzetting van onvrijwillige zorg mag, na deze eerste evaluaties, gewoon plaatsvinden tijdens de reguliere halfjaarlijkse zorgplanevaluaties. Deze evaluaties dienen dan wel een multidisciplinair karakter te krijgen waarbij telkens de hulp van een niet bij de zorg betrokken deskundige moet worden ingeschakeld (art. 8 lid 1 jo. Art. 10 lid 10 Wet Zorg en dwang).

§ 3.2.9 Voorwaarden voor de daadwerkelijke uitvoering van onvrijwillige zorg

In de paragrafen hiervoor is ingegaan op de voorwaarden die de Wet Zorg en dwang stelt aan de opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Wanneer die zorg eenmaal in het plan is opgenomen kan men overgaan tot de daadwerkelijke toepassing ervan. Hieraan stelt de wet echter wel een aantal voorwaarden. Een van die voorwaarden is dat het ernstig nadeel, zoals dat is omschreven in het zorgplan, zich daadwerkelijk voor moet doen. In de casus van meneer De Wit mag men dus eigenlijk pas de belsensor aanzetten wanneer blijkt dat meneer De Wit tijdens de nacht daadwerkelijk is gaan dwalen. Daarnaast moet er wederom worden getoetst aan de algemene rechtsbeginselen van noodzakelijkheid, doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Indien aan deze voorwaarden is voldaan kan de zorgverlener overgaan tot het toepassen van onvrijwillige zorg, wel geldt dan nog de eis dat er moet worden voorzien in adequaat toezicht. Dit is vooral een organisatorische kwestie en zal veelal afhankelijk zijn van het aantal zorgverleners dat aanwezig en beschikbaar is. Wordt de onvrijwillige zorg voor het eerst toegepast, dan dient de zorgprofessional een aantal actoren in kennis te stellen. Dat zijn allereerst de vertegenwoordiger en de cliënt zelf. Daarnaast dient er overleg plaats te vinden met de zorgverantwoordelijke en eventueel de arts die bij het multidisciplinair overleg aanwezig is geweest. In beginsel geldt dat deze actoren voorafgaande aan de toepassing in kennis moeten worden gesteld. Hiervan kan worden afgeweken indien het om een spoedeisende situatie gaat (art. 13 Wet Zorg en dwang).

§ 3.3 Onvrijwillige zorg in noodsituaties of onvoorziene situaties

Zoals uit de voorgaande paragrafen bleek, mag onvrijwillige zorg in beginsel enkel verleend worden indien de toepassing daarvan is opgenomen in het zorgplan. Van deze hoofdregel kan worden afgeweken indien er sprake is van een noodsituatie of een situatie waarin het zorgplan redelijkerwijs niet heeft kunnen voorzien. Wel moet er op grond van art. 15 Wet Zorg en dwang in die situaties zijn voldaan aan een aantal voorwaarden. Allereerst moet er sprake zijn van ernstig nadeel dat wordt veroorzaakt door de psychogeriatrische stoornis van de cliënt en het daarmee gepaard gaande gedrag. Verder moet er uiteraard weer zijn voldaan aan de algemene rechtsbeginselen van doelmatigheid, noodzakelijkheid, subsidiariteit en proportionaliteit en moet er zijn voorzien in adequaat toezicht. De

zorgverantwoordelijke dient de beslissing om in een noodsituatie of onvoorziene situatie onvrijwillige zorg toe te passen schriftelijk vast te leggen. Daarbij moet worden aangegeven voor welke termijn de onvrijwillige zorg mag worden verleend. Deze mag nooit langer zijn dan twee weken. Mocht na afloop hiervan onvrijwillige zorg nog steeds noodzakelijk zijn dan dient er een heroverweging van het zorgplan plaats te vinden. De zorgverantwoordelijke moet overleg plegen met een bij de zorg betrokken arts wanneer het gaat om maatregelen die de cliënt in zijn bewegingsvrijheid beperken of de toediening van vocht, voeding, medicatie en psychofarmaca. Ten slotte dient de zorgverantwoordelijke uiteraard ook de cliënt en zijn vertegenwoordiger in kennis te stellen van de beslissing.

§ 3.4 Het gebruik van huisregels

De Wet Zorg en dwang geeft net zoals de Wet Bopz een mogelijkheid om huisregels op te stellen (art. 45 Wet Zorg en dwang). Net zoals bij de Wet Bopz mogen huisregels de vrijheid van cliënten niet verder beperken dan voor een ordelijke gang van zaken binnen de instelling noodzakelijk is. De wetgever heeft het gebruik van huisregels niet willen juridiseren en is verder weinig regulerend op dit gebied.³⁷

§ 3.5 Samenvatting

In de Wet Zorg en dwang kan men als het ware twee wettelijke grondslagen terugvinden op basis waarvan onvrijwillige zorg kan worden verleend:

1. onvrijwillige zorg op basis van het zorgplan;
2. onvrijwillige zorg in noodsituaties of onvoorziene situaties.

Voor beide mogelijkheden geldt dat er sprake moet zijn van een situatie waarbij ernstig nadeel dreigt. Dit nadeel moet zijn ontstaan uit de psychogeriatrische aandoening van de cliënt en het daarmee gepaard gaande gedrag. Telkens moet er getoetst worden aan de algemene rechtsbeginselen van doelmatigheid, noodzakelijkheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Bovendien moet bij de daadwerkelijke toepassing van onvrijwillige zorg zijn voorzien in adequaat toezicht.

Voor de opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan gelden daarnaast nog een aantal formele voorwaarden. Zo dienen er allereerst twee multidisciplinaire overleggen plaats te vinden. Het eerste overleg daarvan is gericht op het vinden van alternatieven. Lukt dit niet, of blijken de alternatieven niet afdoende, dan kan in het tweede overleg daadwerkelijk worden besloten tot opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan. De wet schrijft voor beide overleggen uitgebreid voor welke zaken aan de orde dienen te komen en aan welke vormvoorschriften moet zijn voldaan. Zo moet de zorgverantwoordelijke in het zorgplan vastleggen binnen welke termijn de onvrijwillige zorg mag worden toegepast. Na afloop van die termijn dient een evaluatie plaats te vinden waarvoor de zorgverantwoordelijke onder andere een niet bij de zorg betrokken deskundige uitnodigt. De onvrijwillige zorg kan na dit uitgebreid deskundigenoverleg nogmaals met drie maanden worden voortgezet.

Na afloop van die termijn mag onvrijwillige zorg slechts worden voortgezet indien advies wordt ingewonnen van een externe deskundige. Mocht na dit advies de onvrijwillige zorg worden voortgezet, dan dient er om de zes maanden een evaluatie plaats te vinden in multidisciplinair verband.

³⁷ *Kamerstukken II 2008/09, 31 996, 3, p. 13 (MvT).*

4. DE PRAKTIJK IN RECHTSVERGELIJKEND PERSPECTIEF

In de voorgaande hoofdstukken is het theoretische kader van de Wet Bopz en de Wet Zorg en dwang uiteengezet. Nu van deze beide wetten een duidelijk beeld is verkregen, kan een rechtsvergelijking worden gemaakt. Deze rechtsvergelijking staat in dit hoofdstuk dan ook centraal. Daarbij zal overigens niet alleen worden ingegaan op de Wet Bopz en de Wet Zorg en dwang, maar ook op de werkwijze die op dit moment geldt binnen De Zorggroep ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen. Op die manier wordt niet alleen de wettelijke situatie in kaart gebracht, maar ook de praktische situatie. Om van deze praktische situatie een beeld te krijgen is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Zo zijn de beleidsnotities van De Zorggroep onderworpen aan een grondige inhoudsanalyse, zijn er interviews gehouden en hebben er observaties plaatsgevonden in een instelling van De Zorggroep. De onderzoeksresultaten hiervan worden telkens op rechtsvergelijkende wijze bij bespreking van de theorie betrokken.

§ 4.1 Van locatie gebonden naar cliëntvolgend

De organisatie van De Zorggroep is onderverdeeld in drie sectoren met elk een eigen aandachtsgebied, te weten: thuiszorg, somatiek en dementie. Gezien het locatie gebonden karakter van de Wet Bopz mag op dit moment enkel onvrijwillige zorg verleend worden binnen de sector dementie. Onder deze sector vallen namelijk de Bopz-aangemerkte instellingen en aan cliënten mag enkel onvrijwillige zorg verleend worden onder de voorwaarde dat zij in een dergelijke instelling zijn opgenomen. De nieuwe Wet Zorg en dwang zal daar verandering in brengen. Deze wet stelt opname van de cliënt in een aangemerkte instelling namelijk niet langer als voorwaarde voor het verlenen van onvrijwillige zorg. Daardoor wordt de wet als het ware cliëntvolgend. Na implementatie van de nieuwe wet zullen dus ook zorgprofessionals binnen de andere sectoren bevoegd zijn om onvrijwillige zorg te verlenen aan psychogeriatrische cliënten met een AWBZ-indicatie, of waarvan een ter zake kundige arts heeft vastgesteld dat zij zijn aangewezen op AWBZ-zorg.³⁸ Uiteraard dienen de zorgprofessionals daarbij wel te allen tijde te voldoen aan de voorwaarden die de Wet Zorg en dwang stelt aan het verlenen van onvrijwillige zorg. Te verwachten valt dat het vooral voor zorgprofessionals binnen de sectoren thuiszorg en somatiek moeilijk zal worden om te voldoen aan deze voorwaarden. De oorzaak hiervan is gelegen in verschillende factoren, welke in de volgende subparagraaf worden besproken.

§ 4.1.1 Onvrijwillige zorg in de sectoren thuiszorg en somatiek

Uit interviews is gebleken dat op dit moment, ondanks het locatie gebonden karakter van de Wet Bopz, ook al onvrijwillige zorg wordt verleend binnen de sectoren thuiszorg en somatiek. Het gebruik van onvrijwillige zorg wordt in die sectoren nauwelijks gereguleerd en gecontroleerd. De Wet Bopz en de beleidsnotities met betrekking tot die wet gelden er immers niet. Een gevolg hiervan is dat zorgprofessionals binnen die sectoren minder bewust omgaan met het toepassen van onvrijwillige zorg (zie bijlage 8 – interview Bopz-verpleegkundige). Zij hoeven ten slotte niet te voldoen aan de voorwaarden uit de Wet Bopz en zijn dan ook niet gewend te toetsen aan wettelijke criteria. De confrontatie met de voorwaarden die de nieuwe Wet Zorg en dwang stelt aan het toepassen van onvrijwillige

³⁸ De AWBZ is inmiddels vervangen door de WLZ, maar het wetsvoorstel spreekt wel nog over AWBZ. Waar in dit onderzoek wordt gesproken over AWBZ kan WLZ worden gelezen.

zorg zal daarom voor deze sectoren ingrijpender zijn dan voor de intramurale Bopz-afdelingen.

Zorgprofessionals binnen de intramurale Bopz-instellingen zijn immers, in tegenstelling tot zorgprofessionals van andere sectoren, reeds gewend om te toetsen aan voorwaarden uit de wet en bijbehorende beleidsnotities. Daar komt overigens nog bij dat er binnen deze Bopz-instellingen al verschillende overgangsmaatregelen zijn getroffen die het straks gemakkelijker moeten maken om te voldoen aan de voorwaarden uit de nieuwe wet. Zo worden sinds 1 april 2015 alle nieuwe psychofarmacavoorschriften aangemerkt als onvrijwillige zorg. Daarnaast wordt er deelgenomen aan het exbelt-project waarmee wordt getracht het gebruik van onvrijwillige zorg terug te dringen. Deze overgangsmaatregelen hebben zich telkens gericht tot de intramurale Bopz-instellingen en niet tot andere sectoren van De Zorggroep. Daarom zal implementatie van de nieuwe Wet Zorg en dwang in de sectoren somatiek en thuiszorg moeizamer verlopen dan binnen de intramurale Bopz-instellingen. Gesteld kan worden dat er binnen deze sectoren als het ware sprake is van een ontwikkelingsachterstand waar het gaat om de toepassing van onvrijwillige zorg. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het volgende interviewfragment van een coördinator zorg en diensten:

“Ik heb het idee dat vrijheidsbeperkende maatregelen buiten de Bopz-instellingen gemakkelijker worden toegepast er wordt niet echt getoetst of er bijvoorbeeld alternatieven zijn. Men gaat op somatische afdelingen relatief snel over tot bijvoorbeeld het toepassen van sensoren en vooral ook onrustmedicatie. Wanneer cliënten van een somatische afdeling naar de Bopz-afdeling komen wordt deze onrustmedicatie meestal voor een groot deel afgebouwd. Er wordt dan gekeken hoe een cliënt hierop reageert. Soms heb ik het idee dat zorgprofessionals op somatische afdelingen niet goed weten hoe er met dementie moet worden omgegaan. Ik ken bijvoorbeeld de casus van een non met dementie die verbleef op een somatische afdeling. De zorgprofessionals van die afdeling wilden haar op eerste kerstdag wegen. Daar verzette de non zich uiteraard tegen. Op zo’n moment vind ik dat je het verzet van een cliënt gewoon moet accepteren, zij kan ook best op 27 december worden gewogen.” (bijlage 9)

Overigens komt daar nog bij dat het in thuiszorgsituaties wellicht moeilijker is om multidisciplinaire overleggen te organiseren. Hiervoor is in de thuiszorgsituatie immers niet altijd voldoende capaciteit. Om die reden heeft de wetgever besloten dat de zorgverantwoordelijke ook zorgprofessionals bij het multidisciplinair overleg mag betrekken die niet bij de zorgaanbieder in dienst zijn.³⁹

§ 4.1.2 Opnameprocedures niet langer centraal

Het centrale uitgangspunt van de nieuwe Wet Zorg en dwang wordt gevormd door het begrip onvrijwillige zorg. In tegenstelling tot de Wet Bopz, staan opnameprocedures niet langer centraal. Opname is immers geen voorwaarde meer om onvrijwillige zorg te kunnen verlenen. In de volgende paragraaf zal worden ingegaan op de belangrijke wijzigingen die het nieuwe begrip onvrijwillige zorg met zich meebrengt.

§ 4.2 De nieuwe term onvrijwillige zorg

In tegenstelling tot de Wet Zorg en dwang, kent de Wet Bopz geen uniforme terminologie voor de aanduiding van dwang. Daarom worden er in de praktijk verschillende termen gebruikt, waarvan vrijheidsbeperking de belangrijkste en meest voorkomende is. Om die

³⁹ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, 3, p. 22 (MvT).

reden is ook in dit onderzoek de term vrijheidsbeperking als uitgangspunt gebruikt. In deze paragraaf zal het huidige begrip vrijheidsbeperking worden afgezet tegen het nieuwe begrip onvrijwillige zorg uit de Wet Zorg en dwang. Zoals in paragraaf 2.4.1 al bleek, is het begrip vrijheidsbeperking voor veel interpretaties vatbaar. De Zorggroep heeft in haar beleidsnotities een eigen invulling gegeven aan dit begrip (zie bijlage 1– beleidsnotitie Bopz). Uit het beleid van De Zorggroep en uit de interviews is gebleken dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen vrijheidsbeperkende maatregelen aan de ene kant en hulpmiddelen aan de andere kant. Om de grens hiertussen te bepalen, moet er volgens het beleid van de zorggroep worden gekeken naar twee aspecten:

1. de intentie waarmee de maatregel wordt opgelegd;
2. de vrijheidsbeleving van de cliënt.

Maatregelen die vrijheidsbeperkend kunnen zijn, maar die niet die intentie hebben en/of niet als vrijheidsbeperkend worden beleefd, worden aangemerkt als hulpmiddel. Uit de interviews die ten behoeve van dit onderzoek zijn afgenomen, is gebleken dat dit beleid niet op uniforme wijze wordt toegepast binnen De Zorggroep. In drie van de vijf interviews werd dan ook aangegeven dat de scheidslijn tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en hulpmiddelen niet altijd goed te bepalen is. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het volgende interviewfragment van een kwaliteitsverpleegkundige:

“Er wordt een onderscheid gemaakt tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en hulpmiddelen. Eerst redeneerde ik als volgt: wanneer iemand valgevaarlijk is en je zet een belsensor in zodat je met diegene mee kan lopen als hij opstaat, dan zet je zo’n maatregel in om diegene te helpen, om te voorkomen dat de cliënt valt en is er dus geen sprake van vrijheidsbeperking. Inmiddels heb ik begrepen dat deze denkwijze niet goed is, omdat de belsensor een inbreuk maakt op iemands privacy. De manier waarop momenteel de grens tussen hulpmiddelen en vrijheidsbeperkende maatregelen wordt bepaald, vind ik heel onduidelijk.” (bijlage 10)

In het licht van de toekomstige wet Zorg en dwang is het voornamelijk van belang om te kijken naar de vrijheidsbeleving van de cliënt. In de begripsomschrijving van onvrijwillige zorg staat de wilsverklaring van de cliënt en zijn vertegenwoordiger namelijk centraal. Wanneer een van beide niet instemt, of wanneer de cliënt zich verzet, dan is er sprake van onvrijwillige zorg. Zoals in paragraaf 2.4.1 werd omschreven is ook dit niet altijd een goede graadmeter om te bepalen of een maatregel vrijheidsbeperkend is. De psychogeriatrische cliënt is immers veelal niet meer in staat zijn wil te uiten waardoor het voor zorgprofessionals moeilijk te achterhalen is wat een cliënt wenst. De wetgever komt de zorgprofessional hierin echter tegemoet door bepaalde vormen van zorg altijd als onvrijwillig aan te merken. Welke vormen dit zijn is reeds in hoofdstuk 3 aan de orde gekomen. Het is dus aan te raden dat zorgprofessionals, na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang, vooral de vrijheidsbeleving van de cliënt als onderscheidend criterium hanteren. Er kan ook wel worden gekeken naar de intentie waarmee een maatregel wordt opgelegd, maar dit is onder het regime van de Wet Zorg en dwang in mindere mate van belang. Overigens mag men, gezien de psychogeriatrische aandoening van de cliënt, niet te snel uitgaan van een positieve wilsverklaring. Hierbij is voorzichtigheid geboden. Uit interviews is gebleken dat zorgprofessionals zich hier niet altijd van bewust zijn. Zo gaf een Bopz-verpleegkundige het volgende voorbeeld:

“Kortgeleden was ik betrokken bij een casus met bedhekken. In het zorgplan van deze cliënt was aangetekend dat de cliënt deze bedhekken op eigen verzoek had. Toen ik aan de verzorgende vroeg hoe zij wist dat de cliënt hiermee instemde antwoordde ze: “dat heb ik hem gevraagd”. Toen ik vervolgens aan de cliënt in kwestie vroeg of deze de bedhekken omhoog wilde antwoordde hij inderdaad ja. Echter toen ik daarna vroeg: wilt u de bedhekken niet omhoog? antwoordde hij ook met ja. Op alles wat ik vroeg zei hij ja. In zo’n geval weet ik dus dat je de instemming van een cliënt niet serieus kan nemen en vind ik dat ervan uit moet worden gegaan dat er sprake is van een vrijheidsbeperkende maatregel waarmee de cliënt niet instemt.” (bijlage 8)

De instemming van een cliënt kan dus niet verkregen worden door louter en alleen om instemming te vragen. Een van de geïnterviewden merkte daarbij ook nog op dat cliënten soms het gevoel hebben in een afhankelijkheidspositie te staan tot hun verzorgenden en antwoorden geven die sociaal wenselijk zijn (zie bijlage 7 – interview Bopz-arts).

§ 4.3 Verschillende vormen van onvrijwillige zorg

De Wet Zorg en dwang maakt een onderscheid in vijf verschillende vormen van onvrijwillige zorg. Sommigen daarvan zijn reeds bekend onder de Wet Bopz en worden door De Zorggroep als vrijheidsbeperkend aangemerkt. Er zijn echter ook interventies die door zorgprofessionals nog niet als vrijheidsbeperkend worden aangemerkt, maar die in de nieuwe wet wel onder de begripsomschrijving van onvrijwillige zorg vallen. In de hierna volgende paragrafen zal vooral op die vormen van onvrijwillige zorg worden ingegaan. Het is voor zorgprofessionals van belang in kaart te brengen welke vormen van zorg onder de categorie onvrijwillig kunnen vallen. Zij moeten immers rekening houden met een aantal (extra) formele en materiële voorwaarden zodra er sprake is van onvrijwillige zorg. In de hierna volgende subparagrafen zal stapsgewijs worden gekeken in hoeverre de huidige situatie binnen De Zorggroep aan de Wet Zorg en dwang voldoet.

§ 4.3.1 Toediening van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening

Het gedwongen toedienen van voeding of vocht wordt in de beleidsnotities van De Zorggroep omschreven als een vrijheidsbeperkende maatregel. Uit veldonderzoek is evenwel gebleken dat deze maatregel niet of nauwelijks wordt toegepast. Voeding en vocht wordt aangeboden en cliënten zijn vrij om te bepalen óf en hoeveel zij daarvan nemen. Het gecamoufleerd toedienen van medicatie daarentegen is een maatregel die wel op grote schaal wordt toegepast. Het gaat dan echter meestal om gedragsbeïnvloedende medicatie en niet om medicatie voor een somatische aandoening. Het gedwongen of gecamoufleerd toedienen van medicatie voor een somatische aandoening wordt als vrijheidsbeperkend aangemerkt door zorgprofessionals binnen De Zorggroep, dat blijkt uit de beleidsnotitie en de bijbehorende uitvoeringsprotocollen.

§ 4.3.2 Toediening van gedragsbeïnvloedende medicatie

Tot voor kort werd de toediening van gedragsbeïnvloedende medicatie in de praktijk nog niet als vrijheidsbeperkend aangemerkt. In anticipatie op de nieuwe Wet Zorg en dwang heeft De Zorggroep echter besloten om alle nieuwe psychofarmacavoorschriften vanaf 1 april 2015 te registreren. Om tot een goede besluitvorming te komen zijn speciale registratie- en evaluatieformulieren ontwikkeld voor de toediening van psychofarmaca (zie bijlage – 3 en 4 registratie- en evaluatieformulieren). Zie hierover bijvoorbeeld het volgende interviewfragment van een Bopz-arts:

“Het gebruik van psychofarmaca werd aanvankelijk nog niet als vrijheidsbeperkend beschouwd omdat dat op grond van de Bopz niet hoefde, maar sinds 1 april zijn we alle nieuwe psychofarmacavoorschriften gaan registreren als vrijheidsbeperkende maatregel. We hebben dit besluit genomen met het oog op de komst van de nieuwe wet.” (bijlage 7)

Niet alle verzorgenden en verpleegkundigen zijn al op de hoogte van deze wijziging, maar men heeft met dit besluit weer een stap in de richting naar de Wet Zorg en dwang gezet.

§ 4.3.3 Toezichthoudende maatregelen

Toezichthoudende maatregelen worden niet door alle zorgprofessionals binnen De Zorggroep als vrijheidsbeperkend beschouwd. Soms wordt de toepassing van een dergelijke maatregel namelijk gezien als een hulpmiddel, dat blijkt bijvoorbeeld uit het onderstaande interviewfragment van een coördinator zorg en diensten:

“Soms is de grens tussen hulpmiddelen en vrijheidsbeperkende maatregelen moeilijk te bepalen. Momenteel doet zich bijvoorbeeld een discussie voor in de casus van een cliënt die slaapt met een belsensor en die gedragsbeïnvloedende medicatie (cipramil) kreeg toegediend. Deze cliënt had aanvankelijk de sensor gekregen omdat hij uit bed was gevallen en daarbij zijn heup had gebroken. Later werd deze belsensor ook gebruikt om de cliënt te helpen bij het vervangen van incontinentiemateriaal, omdat hij dit zelf niet meer kon. Dit leverde in het begin geen problemen op en omdat de maatregel werd ingezet met de bedoeling om de cliënt te helpen, beschouwden we het als een hulpmiddel. Maar sinds we zijn begonnen met het afbouwen van de gedragsbeïnvloedende medicatie, merken we dat de cliënt boos wordt wanneer we zijn kamer binnen komen. Onze specialist ouderengeneeskunde is geneigd de sensor evengoed niet als vrijheidsbeperkend aan te merken, zelf twijfel ik erover, want wij beschouwen het niet als vrijheidsbeperkend, maar de cliënt ervaart dat wel zo.” (bijlage 9)

Bovenstaande casus geeft een goed voorbeeld van een praktijksituatie waarbij domotica niet direct, maar wel indirect vrijheidsbeperkend kan zijn. Door de sensor weet het verzorgend personeel immers altijd wanneer de cliënt uit bed is, ook wanneer deze geen hulp wenst. Daarmee maakt de belsensor een inbreuk op de privacy van de cliënt hetgeen ook een beperking van zijn persoonlijke vrijheid oplevert. Omdat deze cliënt boos wordt, kan worden aangenomen dat hij niet instemt met een beperking in zijn privacy. Er is dus sprake van onvrijwillige zorg als in de Wet Zorg en dwang. Het verzet is waarschijnlijk al die tijd onderdrukt geweest door de gedragsbeïnvloedende medicatie. Dit voorbeeld geeft daarom meteen ook aan op welke manier psychofarmaca vrijheidsbeperkend kan zijn.

§ 4.3.4 Maatregelen die de cliënt in zijn bewegingsvrijheid beperken

Bij maatregelen die de cliënt in zijn bewegingsvrijheid beperken moet gedacht worden aan fixatie en afzondering. Deze interventies zijn reeds bekend uit het besluit middelen en maatregelen van de Wet Bopz en worden in de beleidsnotities van De Zorggroep dan ook als vrijheidsbeperkend aangemerkt. Zo worden in de uitvoeringsprotocollen verschillende vormen van fixatie genoemd (zie bijlage 2 – uitvoeringsprotocol). Binnen De Zorggroep geldt overigens een anti-fixatiebeleid waardoor de toepassing van dergelijke maatregelen nog maar zelden voorkomt. Afzondering daarentegen is wel een maatregel die nog met enige regelmaat wordt toegepast. Het gaat daarbij om het aanbieden van een rustmoment in de eigen slaapkamer of in een zogenaamde snoezelkamer. Uit veldonderzoek is gebleken dat deze maatregelen over het algemeen als vrijheidsbeperkend worden opgenomen in het

zorgplan, maar alleen als er sprake is van verzet. Zorgprofessionals zullen zich moeten aanwennen deze vormen van zorg altijd als onvrijwillig aan te merken. Ook als de cliënt zich niet verzet.

§ 4.3.5 Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten

Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten worden onder het regime van de Wet Bopz niet als vrijheidsbeperkend aangemerkt. Ook in de beleidsnotities van De Zorggroep worden zij niet expliciet als vrijheidsbeperking genoemd. Daarin wordt slechts vermeldt het onthouden van voeding of vocht. Uit interviews en veldonderzoek is echter gebleken dat deze beperking nauwelijks voorkomt. Ongeremd gedrag met betrekking tot voedsel of vocht wordt door veel zorgprofessionals namelijk niet direct als reden gezien om een vrijheidsbeperking toe te passen. Het is dan ook niet met zekerheid te zeggen hoe in de praktijk met een dergelijke maatregel wordt omgegaan. Wel is uit veldonderzoek en interviews gebleken dat cliënten worden beperkt in het roken van sigaretten. Dit is vaak ter voorkoming van brandgevaar. Uit het volgende interviewfragment blijkt dat een dergelijke beperking wordt opgenomen in het individuele zorgplan van de cliënt of in de afdelingsregels.

“Ongeremd gedrag komt voor. Als we bij dit gedrag vrijheidsbeperkend handelen, bijvoorbeeld wanneer een cliënt alleen op vaste tijden mag roken, dan komen hierover afspraken te staan in zijn individueel Bopz-zorgplan. Daarnaast zijn er ook afdelingsregels, hierin kan bijvoorbeeld staan dat iedereen 's avonds na negen uur zijn aansteker moet inleveren. In een individueel geval kan ervoor worden gekozen om van zo'n regel af te wijken, dit wordt dan opgenomen in het individuele zorgplan.” (bijlage 8)

Het gebruik van afdelingsregels is zowel onder de Wet Zorg en dwang als onder de Wet Bopz toegestaan voor zover zij de vrijheid van cliënten niet verder beperken dan nodig is voor een ordelijke gang van zaken binnen de zorginstelling. Gesteld kan worden dat ook brandpreventie bijdraagt aan een ordelijke gang van zaken en dat dit dus een gerechtvaardigde grondslag is om enige beperkingen te stellen aan het roken van sigaretten. Uit interviews en veldonderzoek is verder gebleken dat er met enige regelmaat cliënten zijn die tegen hun wil worden gewassen, gedoucht of verzorgd.

Ook dit geldt onder de Wet Zorg en dwang als een beperking in de vrijheid het eigen leven in te richten en is dus onvrijwillige zorg. Uit interviews is gebleken dat deze interventie niet door alle zorgprofessionals binnen De Zorggroep als vrijheidsbeperkend wordt aangemerkt:

“Het uitgangspunt is dat het onder dwang douchen of wassen wel als vrijheidsbeperkende maatregel moet worden aangemerkt, maar dat gebeurt in de praktijk niet altijd. Het verzorgend en verplegend personeel staat er niet altijd bij stil dat dit onvrijwillige zorg en dus vrijheidsbeperkend is. zij denken: de cliënt moet toch verzorgd worden?” (bijlage 8)

§ 4.4 De vaststelling van wils(on)bekwaamheid

Een cliënt kan enkel zijn instemming geven voor een bepaalde behandeling indien hij ter zake van die behandeling wilsbekwaam is. Dit uitgangspunt geldt zowel onder de Wet Bopz als onder de Wet Zorg en dwang en brengt als voorwaarde met zich mee dat voorafgaande aan elke behandeling dient te worden vastgesteld of de cliënt bekwaam is om daarover een beslissing te nemen. Uit interviews is gebleken dat in de praktijk niet aan deze eis wordt voldaan. Want hoewel het op grond van het beleid van De Zorggroep wel verplicht is, wordt

niet voor elke behandeling afzonderlijk getoetst of de cliënt wilsbekwaam is. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het onderstaande interviewfragment van een Bopz-arts:

“Het is meestal de specialist ouderengeneeskunde die vaststelt dat een cliënt wilsonbekwaam is. We schieten misschien te kort in het registreren van die beslissing. Vaak wordt er bijvoorbeeld wel vastgelegd dat een vertegenwoordiger heeft ingestemd met een vrijheidsbeperkende maatregel, maar niet dat dat is vanwege het feit dat de cliënt wilsonbekwaam is. Het is eigenlijk zo dat wilsonbekwaamheid de regel is en wilsbekwaamheid de uitzondering. Dat lees je bijvoorbeeld al af aan het feit dat er zoveel cliënten zijn die met een art. 60-procedure worden opgenomen. De uitzonderlijke gevallen waarin een cliënt wél nog in staat is om een beslissing te nemen over een bepaalde behandeling worden dan ook wel geregistreerd. We bepalen niet voor elke behandeling afzonderlijk of een cliënt wilsonbekwaam is. Ik denk dat we dit overvloedige ballast vinden.” (bijlage 7)

De bovenstaande werkwijze voldoet niet aan de voorwaarden uit de Wet Zorg en dwang en mag na de inwerkingtreding van deze wet dan ook niet in stand worden gehouden. Op grond van de Wet Zorg en dwang moet de beslissing omtrent wilsonbekwaamheid namelijk genomen worden door een niet bij de zorg betrokken arts en de zorgverantwoordelijke dient deze beslissing, de datum waarop hij is genomen, en de behandeling ter zake waarvan hij is genomen te registreren in het zorgplan. Overigens schrijft zowel de Wet Bopz als de Wet Zorg en dwang niet voor op welke manier getoetst dient te worden of de cliënt wilsbekwaam is. De zorgprofessionals zijn hier dus verder vrij in.

§ 4.5 Van het gevaarscriterium naar het criterium ernstig nadeel

Gevaar is het leidende criterium uit de Wet Bopz. Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen op grond van het beleid van De Zorggroep dan ook enkel worden toegepast wanneer er sprake is van een (dreigend) gevaar. De meeste zorgprofessionals verstaan hieronder ook letsel als gevolg van vallen. Na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang zal het criterium gevaar echter vervangen worden door het criterium ernstig nadeel en valgevaar valt daar niet onder (zie paragraaf 3.2.2). Onvrijwillige zorg zal dan ook niet langer mogen worden verleend ter voorkoming van valgevaar. Uit interviews en veldonderzoek is gebleken dat met name belsensoren vaak worden ingezet om valgevaar te minimaliseren. Het gebruik van een belsensor is onder de Wet Zorg en dwang alleen toegestaan indien de cliënt hiermee heeft ingestemd. Vaak zal het echter zo zijn dat de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische stoornis wilsonbekwaam is of dat hij geen weet heeft van de interventie. In die gevallen is het niet toegestaan de belsensor toe te passen ter voorkoming van valgevaar. Dit geldt uiteraard ook wanneer de cliënt zich verzet. Zorgprofessionals zullen dus op zoek moeten gaan naar een alternatief voor de belsensoren. Daarbij kan gedacht worden aan het gebruik van bedbeugels of halve beddekken, deze kunnen het valgevaar ook minimaliseren maar beperken de cliënt niet in zijn vrijheid.

§ 4.6 Van behandelplan naar zorgplan

De geneesheer-directeur moet op grond van de Wet Bopz ervoor zorgen dat de voor behandeling verantwoordelijke persoon een behandelplan opstelt. De Wet Zorg en dwang kent een soortgelijke eis, maar gebruikt de term zorgplan in plaats van behandelplan. Dit zorgplan moet binnen zes weken na aanvang van de zorg worden vastgesteld door de zorgverantwoordelijke namens de zorgaanbieder. Het beleid zoals dat nu binnen De Zorggroep geldt, voldoet aan de eisen van de Wet Zorg en dwang. Zo wordt elke cliënt

gekoppeld aan een coördinator zorg en diensten die bij aanvang van de zorg een voorlopig zorgplan opstelt in overleg met de cliënt, zijn vertegenwoordiger en de specialist ouderengeneeskunde. Het definitieve plan wordt vervolgens binnen zes weken na aanvang van de zorg vastgesteld. Wanneer men vrijheidsbeperkende maatregelen wil toepassen, wordt naast het reguliere zorgplan een speciaal Bopz-behandelplan opgesteld (zie bijlage 5 – Bopz-behandelplan). Voor dat plan is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk, deze moet instemming geven. De coördinator zorg en diensten zorgt verder voor de evaluatie en de actualiteit van de zorgplannen. Daarmee lijkt de functie van de coördinator zorg en diensten erg op die van zorgverantwoordelijke uit de Wet Zorg en dwang.

§ 4.7 Toetsing aan algemene rechtsbeginselen

Binnen De Zorggroep wordt voor de besluitvorming omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen gebruik gemaakt van een speciaal formulier. In dit formulier zouden de algemene rechtsbeginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en noodzakelijkheid tot uiting moeten komen. Zowel de Wet Bopz als de Wet Zorg en dwang stellen immers de eis dat er aan deze algemene rechtsbeginselen is voldaan.

Toch kan naar aanleiding van een analyse worden geconcludeerd dat de algemene rechtsbeginselen onvoldoende tot uiting komen in het formulier. Om te voldoen aan de eis van doelmatigheid bijvoorbeeld, is het vereist dat de opgelegde maatregel geschikt is om een vooraf omschreven doel te bereiken. In het formulier wordt dan ook wel gevraagd naar het zorgdoel van de maatregel, echter niet wordt gevraagd of de maatregel ook daadwerkelijk geschikt is om dat doel te bereiken. Op die manier wordt de doelmatigheid dus onvoldoende getoetst.

Hetzelfde geldt voor de eis van proportionaliteit. Om hieraan te kunnen voldoen dient een belangenafweging te worden gemaakt, waarbij wordt gekeken of de belangen die met de maatregel worden gediend opwegen tegen de nadelige effecten van de maatregel (zie paragraaf 3.2.5). Het formulier van De Zorggroep vraagt echter enkel naar de nadelige effecten van de maatregel en een belangenafweging ontbreekt vervolgens.

Ook de eis van noodzakelijkheid zou duidelijker in het formulier naar voren kunnen worden gebracht. Deze komt slechts impliciet in het formulier aan de orde. Daarin wordt namelijk een omschrijving van het gevaar gevraagd.

De eis van subsidiariteit komt daarentegen weer wel duidelijk uit het formulier naar voren, er wordt immers de vraag gesteld of er minder ingrijpende alternatieven voorhanden zijn.

Een nadelige eigenschap van het formulier is verder dat vrijwel alle vragen een gesloten karakter hebben. Uit veldonderzoek is dan ook gebleken dat de meeste vragen enkel met ja of nee worden beantwoord. Een nadere motivering ontbreekt vaak of is summier. Dit heeft tot gevolg dat de overweging om een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten niet altijd duidelijk uit het zorgplan naar voren komt. Dat wil overigens nog niet zeggen dat een dergelijke overweging in zijn geheel niet plaatsvindt, maar men schiet te kort in het registreren hiervan.

Overigens komen de algemene rechtsbeginselen ook niet terug in de beleidsnotitie van De Zorggroep.

§ 4.7.1 Speciale formulieren voor psychofarmaca

Het hierboven omschreven formulier wordt niet gebruikt voor de registratie van psychofarmaca. Voor deze maatregel heeft De Zorggroep namelijk een speciaal registratieformulier ontwikkeld dat is gekoppeld aan het Bopz-behandelplan. Ook uit deze

formulieren komen de algemene rechtsbeginselen onvoldoende naar voren. Met betrekking tot doelmatigheid, noodzakelijkheid en proportionaliteit gelden dezelfde bezwaren als voor het reguliere formulier. Er wordt verder ook niet gevraagd naar minder ingrijpende interventies. Wel is het positief dat de vragen uit deze formulieren een open karakter hebben. De zorgprofessional wordt daardoor gedwongen om zijn overweging vast te leggen.

§ 4.8 Aanvang van onvrijwillige zorg

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zal in eerste instantie vaak buiten het zorgplan om plaatsvinden. Logischerwijs moet zich immers eerst een risicovolle situatie hebben voorgedaan, voordat men op het idee komt om een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten. Veldonderzoek en twee interviews bevestigen dit beeld. Zie hierover bijvoorbeeld het volgende interviewfragment van een Bopz-arts:

“Formeel is het de arts die het besluit om een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten neemt, maar in de praktijk is het vaak zo dat de verzorgende, bijvoorbeeld tijdens de nachtdienst, een probleem signaleert waardoor gevaar ontstaat. Deze neemt dan contact op met de specialist ouderengeneeskunde over het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel. Vaak stemt de arts daarmee in. Daarna wordt het besluitvormingsproces pas echt in gang gezet en wordt het zorgplan aangepast. Dit wordt meestal gedaan door de arts in samenwerking met iemand van de zorg. De vrijheidsbeperkende interventie wordt in de tussentijd niet aangemerkt als middel of maatregel in een noodsituatie, omdat de maatregel uiteindelijk toch voor langere termijn zal worden opgenomen in het zorgplan” (bijlage 7)

In het bovenstaande voorbeeld is eigenlijk sprake van een situatie waarin het zorgplan niet heeft kunnen voorzien. Zowel de Wet Zorg en dwang als de Wet Bopz kent een speciale regeling voor dit soort situaties. Echter, zoals uit het bovenstaande fragment kan worden afgeleid, wordt hier in de praktijk niet specifiek rekening mee gehouden.

Op dit moment geldt dat voor noodsituaties de middelen en maatregelen mogen worden ingezet die in het besluit middelen en maatregelen staan (zie hierover paragraaf 2.4.4). In dit besluit worden slechts een aantal vrijheidsbeperkende maatregelen genoemd.

Toezichthoudende maatregelen komen er bijvoorbeeld niet in voor. Het gebruik hiervan buiten het zorgplan om hoeft dan ook strikt genomen niet te worden geregistreerd als middel of maatregel in een noodsituatie. Dit zal na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang veranderen. Deze wet kent immers een uitgebreidere omschrijving van onvrijwillige zorg. Het is dan ook aan te raden dat zorgprofessionals binnen De Zorggroep hun werkwijze op dit punt aanpassen. Zij zullen zich moeten aanwennen om toepassingen van onvrijwillige zorg buiten het zorgplan om expliciet als noodsituatie te registreren. Hierbij moet ook worden aangegeven voor hoelang de onvrijwillige zorg mag worden toegepast. Dit mag nooit langer zijn dan twee weken. Is daarna nog onvrijwillige zorg nodig dan dient een aanpassing van het zorgplan plaats te vinden. Hiervoor kent de Wet Zorg en dwang, in tegenstelling tot de Wet Bopz een uitgebreide besluitvormingsprocedure. Deze procedure vangt aan met twee multidisciplinaire overleggen waarvoor de zorgverantwoordelijke tenminste één deskundige van een andere discipline uitnodigt en de cliënt of zijn vertegenwoordiger. De besluitvormingsprocedure die op dit moment binnen De Zorggroep geldt, voldoet niet geheel aan deze voorwaarden. In de volgende paragraaf zal hier nader op worden ingegaan.

§ 4.9 Besluitvorming in multidisciplinair overleg

In het beleid van de Zorggroep wordt bepaald dat voorafgaand aan de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel één multidisciplinair overleg dient plaats te vinden. Bij dat

overleg moeten in ieder geval de coördinator zorg en diensten en de specialist ouderengeneeskunde aanwezig zijn. Uit vier van de vijf interviews is gebleken dat er in de praktijk aan dit beleid wordt voldaan. Het beleid zal echter na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang moeten worden gewijzigd. De besluitvorming dient op grond van deze wet namelijk te worden verdeeld over niet één, maar twee multidisciplinaire overleggen, waarbij het eerste overleg vooral gericht is op het vinden van alternatieven. De cliënt en zijn vertegenwoordiger moeten voor dit overleg worden uitgenodigd. Dat wordt op dit moment niet standaard gedaan, zo blijkt bijvoorbeeld uit het volgende interviewfragment van een Bopz-verpleegkundige:

“De cliënt en zijn familie worden altijd op de hoogte gesteld van het besluit om een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten en met hen wordt overleg gepleegd. Het is van de situatie afhankelijk op welke wijze dit gebeurt, soms wordt de familie uitgenodigd voor een gesprek, soms wordt er ook gewoon telefonisch contact opgenomen. Dat is heel erg situatieafhankelijk.” (bijlage 8)

De Wet Zorg en dwang schrijft verder nauwkeurig voor wat er tijdens de multidisciplinaire overleggen moet worden besproken. Hieruit blijkt dat zorgprofessionals de volgende vragen dienen te beantwoorden:

1. Waaruit bestaat het ernstig nadeel?
2. Wat is de oorzaak van het probleemgedrag dat tot ernstig nadeel leidt?
3. Welke rol speelt de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving bij het ontstaan van ernstig nadeel?
4. Welke mogelijkheden van vrijwillige zorg zijn er nog?
5. Heeft de toepassing van onvrijwillige zorg nadelige effecten voor het lichamelijk en maatschappelijk leven?
6. Indien van toepassing: In hoeverre is de thuiszorgsituatie geschikt voor onvrijwillige zorg?

Zoals reeds gezegd, wordt binnen De Zorggroep gebruik gemaakt van een speciaal formulier voor de besluitvorming omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen. In de volgende paragraaf zal aan de orde komen in hoeverre dit formulier beantwoord aan de bovenstaande vragen. Voor de vijfde vraag geldt overigens dat deze enkel hoeft te worden beantwoord in het tweede overleg.

§ 4.9.1 Inhoud van het multidisciplinaire overleg

De eerste vraag komt in het formulier duidelijk aan de orde, de zorgprofessional moet immers aangeven waaruit het gevaar bestaat. Uiteraard zal de term gevaar na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang, wel vervangen moeten worden door de bredere term ernstig nadeel.

Ook vraag nummer twee komt min of meer uit het formulier naar voren. Er wordt namelijk gevraagd naar een omschrijving van het zorgprobleem en de oorzaak daarvan. Uit veldonderzoek is echter gebleken dat deze vraag niet altijd concreet beantwoord wordt. Dat blijkt ook uit het volgende interviewfragment met een kwaliteitsverpleegkundige.

“Op registratieformulieren moet altijd worden ingevuld wat het probleem is en ook wat de oorzaak van het probleem is. Vaak ziet dat er bijvoorbeeld zo uit: probleem: cliënt wil zich niet aankleden, oorzaak: dementie. Dat vind ik niet specifiek genoeg. Als een cliënt zich niet wil omkleden kan dat namelijk ook komen doordat hij pijn heeft aan zijn armen of iets

dergelijks. Of misschien is zo'n cliënt wel gewend om zich na het ontbijt aan te kleden in plaats van ervoor." (bijlage 10)

Zorgprofessionals gaan er in de praktijk vaak vanuit dat het zorgprobleem, of het probleemgedrag, veroorzaakt wordt door de ziekte van de psychogeriatrische cliënt. De kwaliteitsverpleegkundige merkt hierboven echter terecht op dat dit niet voor alle situaties hoeft te gelden. Als voorbeeld kan gedacht worden aan een cliënt met dwaalgedrag gedurende de nacht. Dit dwaalgedrag hoeft niet per se een direct gevolg te zijn van de psychogeriatrische stoornis, maar kan ook gelegen zijn in bijvoorbeeld een verstoring van het slaap- waakritme. Wanneer men dat weet, kan er gericht worden gezocht naar oplossingen. Men kan bijvoorbeeld onderzoeken of de verstoring kan worden verholpen met meer activiteiten gedurende de dag. Ook zijn er recentelijk experimenten uitgevoerd met lichttherapie voor psychogeriatrische cliënten. Blauw licht kan ervoor zorgen dat de cliënt beter in slaap valt, terwijl wit licht ervoor kan zorgen dat hij beter ontwaakt. Op die manier kan de verstoring van het slaap-waakritme stapsgewijs worden hersteld. Sommige cliënten hebben baat bij een dergelijke therapie.⁴⁰ Daarnaast kan het ook nog helpen om gedurende een zekere periode gericht te rapporteren hoe lang de cliënt slaapt, op welke tijdstippen hij slaapt en ontwaakt, of hij overdag vaak in slaap valt en zo ja hoelang. Mocht hieruit blijken dat de cliënt overdag veel slaapt dan kan dat bijvoorbeeld een reden zijn om te zorgen voor meer activiteiten gedurende de dag, zodat de cliënt 's avonds meer moe is en beter slaapt. Kortom, een nauwkeurige omschrijving van de oorzaak van het probleemgedrag leidt tot een meer gerichte aanpak van het probleem. Op die manier kan de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen, of onvrijwillige zorg worden voorkomen hetgeen weer een verlichting van de administratieve lasten met zich meebrengt.

De derde vraag komt niet expliciet in het formulier aan de orde. Er wordt enkel gekeken of er alternatieve zorgomgevingen voorhanden zijn die het gevaar kunnen afwenden. Vraag nummer drie zal na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang, aan het formulier moeten worden toegevoegd. De vierde en de vijfde vraag komen daarentegen wel duidelijk in het formulier aan de orde.

Vraag nummer zes is alleen van toepassing wanneer het gaat om onvrijwillige zorg in de thuissituatie. Dit is onder de huidige Wet Bopz strikt genomen niet toegestaan en het is dan ook logisch dat deze vraag nog niet in het formulier is opgenomen.

§ 4.9.2 Speciale besluitvormingsformulieren voor psychofarmaca

In deze paragraaf zal weer speciaal de aandacht worden besteed aan het formulier dat voor de registratie van psychofarmaca wordt gebruikt. Centraal staat de vraag in hoeverre dit formulier voldoet aan de hierboven omschreven eisen uit de Wet Zorg en dwang.

De eerste vraag die in het multidisciplinaire overleg aan de orde dient te komen is gericht op een risico-inventarisatie. Deze risico-inventarisatie komt niet expliciet, maar wel impliciet aan de orde in het registratieformulier. Daarin wordt namelijk gevraagd naar de redenen om met psychofarmaca te starten. Toch zou het na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang beter zijn om het begrip ernstig nadeel uitdrukkelijker in het formulier naar voren te laten komen. Dit is immers het centrale criterium uit de Wet Zorg en dwang.

De tweede vraag die in het overleg aan de orde moet komen, is daarentegen weer wel in het formulier opgenomen. Men dient immers een omschrijving van het probleemgedrag te geven en een mogelijke verklaring voor dat gedrag.

⁴⁰ Richtlijn Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden 2004, p.53 & Vilans alternatievenbundel 2013, p. 42 & Møst 2013.

In het formulier wordt verder niet gevraagd naar de rol van de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving, vraag nummer drie ontbreekt dus nog.

Wel komt in het formulier aan de orde wat de negatieve effecten kunnen zijn van psychofarmaca. Er wordt immers een omschrijving van de risico's op bijwerkingen zoals sufheid gevraagd. Ook de vraag of er nog vrijwillige zorg kan worden toegepast komt uit het formulier naar voren. Hierin wordt immers gevraagd naar de psychosociale en gedragsinterventies die kunnen worden toegepast. Wel is het na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang beter om expliciet naar de mogelijkheden van vrijwillige zorg te vragen.

§ 4.9.3 Toestemming arts of deskundige voor het toepassen van onvrijwillige zorg

Voor de opname van vrijheidsbeperkende maatregelen in het zorgplan, wordt momenteel altijd toestemming gevraagd aan de behandelend specialist ouderengeneeskunde, ongeacht om wat voor interventie het gaat. Deze moet het Bopz-behandelplan en het hierboven omschreven formulier paraferen. Na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang zal voor sommige maatregelen echter niet de toestemming van de behandelend arts, maar de toestemming van een bij de zorg betrokken deskundige moeten worden verkregen. Dit geldt voor toezichthoudende maatregelen en beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten. De Zorggroep zal haar beleid op dit punt dus moeten aanpassen en zal ook moeten kijken of er voldoende capaciteit is om aan deze eis te kunnen voldoen.

§ 4.10 Inhoud van het zorgplan

Zoals reeds werd aangegeven, maakt De Zorggroep onder het huidige regime van de Wet Bopz, gebruik van speciale Bopz-behandelplannen. In deze paragraaf zal aan de orde komen in hoeverre het format van dat plan aan de nieuwe eisen van de Wet Zorg en dwang voldoet. Volledigheidshalve zal nogmaals worden opgesomd welke voorwaarden de Wet Zorg en dwang stelt aan de inhoud van het zorgplan met betrekking tot onvrijwillige zorg.

In het zorgplan moet worden opgenomen:

1. waaruit het ernstig nadeel bestaat;
2. de vorm van onvrijwillige zorg die kan worden ingezet ter afwending van dat nadeel;
3. welke (categorie) hulpverleners bevoegd is om de onvrijwillige zorg toe te passen
4. de duur en de frequentie van de toepassing;
5. welke aanvullende zorgvuldigheidseisen worden genomen ter afwending van nadelige effecten van onvrijwillige zorg;
6. de wijze waarop onvrijwillige zorg wordt afgebouwd;
7. de continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop deze gewaarborgd wordt.

In het behandelplan dat momenteel geldt, wordt nog gebruik gemaakt van de term gevaar. Deze term zal na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang moeten worden vervangen door de term ernstig nadeel. Verder komt in het behandelplan duidelijk aan de orde welke vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden ingezet, maar niet welke hulpverleners bevoegd zijn om deze maatregelen toe te passen. De duur en frequentie waarmee die vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden ingezet, komen evenmin aan de orde. Ook het vijfde, zesde en zevende punt komen niet expliciet uit het plan naar voren.

Het is dan ook aan te raden om het huidige behandelplan, na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang aan te passen in overeenstemming met de eisen die deze wet daaraan stelt.

§ 4.11 Betrokkenheid externe deskundigen

Het inschakelen van een externe deskundige is onder de Wet Bopz geen voorwaarde voor het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies. Binnen het beleid van De Zorggroep, is dit dan ook niet gebruikelijk. Men schakelt slechts een externe deskundige in wanneer het gaat om een zogenaamde risicovolle interventie zoals fixatie, of wanneer er sprake is van complexe gedragsproblematiek. Zie hierover bijvoorbeeld het volgende interviewfragment van een Bopz-verpleegkundige.

“In uitzonderlijke situaties wordt er wel eens een externe deskundige ingeschakeld, bijvoorbeeld als er sprake is van extreem probleemgedrag of bij zwaardere vrijheidsbeperkende maatregelen zoals fixatie. Dit is meestal een arts van buiten de instelling. Soms schakelen we ook de organisatie Centrum voor Consultatie en Expertise in. Zij geven advies aan zorginstellingen in casussen waarbij sprake is van probleemgedrag.”
(bijlage 8)

De Zorggroep zal haar werkwijze na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang moeten wijzigen op dit gebied. Deze wet stelt de betrokkenheid van een externe deskundige namelijk verplicht wanneer een interventie van onvrijwillige zorg langer dan zes maanden wordt toegepast. Daarbij maakt de wet geen onderscheid in ingrijpende en minder ingrijpende interventies. De wetgever is namelijk van mening dat de grens tussen deze twee slechts subjectief bepaalbaar is en dat een dergelijk onderscheid daarom niet wettelijk kan worden vastgelegd.⁴¹

§ 4.12 Evaluatie van onvrijwillige zorg

Het evalueren van vrijheidsbeperkende maatregelen is onder de Wet Bopz nauwelijks gereguleerd (zie paragraaf 2.4.6). De Zorggroep heeft hierover haar eigen beleid gevormd. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden doorgaans maandelijks geëvalueerd en indien nodig zelfs vaker. Voor psychofarmaca geldt een afwijkende regeling, toediening van dergelijke medicatie wordt in beginsel om de drie maanden geëvalueerd (zie bijlage 4 – evaluatieformulier psychofarmaca). Bij deze evaluaties zijn de coördinator zorg en diensten en de specialist ouderengeneeskunde aanwezig.

Daarnaast vindt er om de zes maanden een zorgplanbespreking plaats waarin het gehele zorgplan wordt geëvalueerd. De cliënt en zijn vertegenwoordiger ontvangen altijd een uitnodiging om bij dit overleg aanwezig te zijn. Soms zijn er ook andere deskundigen bij de evaluatie aanwezig zoals een psycholoog of therapeut, maar dit is niet gebruikelijk. Met dit beleid voldoet De Zorggroep voor een groot gedeelte aan de eisen die de Wet Zorg en dwang stelt aan de evaluatie van het zorgplan en de daarin opgenomen onvrijwillige zorg. Wel is het zo dat bij de halfjaarlijkse evaluatie telkens een niet bij de zorg betrokken deskundige moet worden ingeschakeld indien in het zorgplan onvrijwillige zorg is opgenomen. Het beleid zal op dit punt dus moeten worden aangepast.

Het beleid om maandelijks te evalueren wordt binnen De Zorggroep strikt nageleefd. Wel kan er getwijfeld worden aan de effectiviteit hiervan. Uit veldonderzoek is namelijk gebleken dat de maandelijks evaluatie een zeer routinematige aangelegenheid is. De evaluatie lijkt daardoor in sommige gevallen meer op een papieren exercitie, een schijnevaluatie. Bovendien is uit interviews gebleken dat maatregelen doorgaans langer dan één maand worden toegepast. Daarmee heeft de noodzaak van een maandelijks evaluatie aan belang ingeboet. Van sommige maatregelen, zoals belsensoren, is zelfs bekend dat zij vaak langer

⁴¹ Frederiks & Blankman, *TvGR* 2013, afl. 4 p. 354.

dan een jaar worden toegepast. Zie hierover bijvoorbeeld het volgende interviewfragment van een Bopz-arts:

“Het leeuwendeel van de vrijheidsbeperkende maatregelen bestaat uit lichte maatregelen zoals belsenoren. Deze maatregelen kun je bijna nooit binnen een maand afbouwen en houden het meestal wel langer dan een jaar uit.” (bijlage 7)

De Wet Zorg en dwang stelt een maandelijkse evaluatie van onvrijwillige zorg niet verplicht en gezien de hierboven genoemde bezwaren kan dan ook in overweging worden genomen om het beleid op dit punt aan te passen.

§ 4.13 Rapporteren over de voortgang van het zorgplan

Het zorgplan zal, na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang, een spilfunctie hebben in het besluitvormingsproces.⁴² Het is dan ook van groot belang dat het verplegend en verzorgend personeel adequaat rapporteert over de vooruitgang van het zorgplan. Alle geïnterviewden gaven aan dat het rapporteren omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen een aandachtspunt is. Zie hierover bijvoorbeeld het volgende interviewfragment van een Bopz-arts:

“Ik ervaar vrijwel dagelijks problemen met de wijze waarop verzorgende rapporteren. Rapporteren is blijkbaar heel moeilijk. Ik moet echt duidelijk met verzorgenden afspreken waar op gelet moet worden in de rapportages en wat belangrijk is voor mij om te weten. Regelmatig komt het voor dat ik hierover afspraken maak, die vervolgens niet goed worden nagekomen. Als voorbeeld kan je denken aan de inzet van een belsensor. Het gebruik hiervan wordt maandelijks geëvalueerd, maar als ik een maand later aan de zorg vraag: hoe vaak is de belsensor ongeveer afgegaan per nacht, dan hebben ze daar geen idee van. Het is voor mij in die situaties moeilijk om te toetsen of zo’n maatregel nog nodig is.” (bijlage 7)

De Wet Zorg en dwang stelt geen specifieke eisen aan de rapportages omtrent onvrijwillige zorg. Echter, het is vrijwel onmogelijk om een maatregel adequaat te evalueren wanneer hierover niet goed gerapporteerd wordt, dat blijkt wel uit het bovenstaande voorbeeld. Uiteraard moet er rekening worden gehouden met de administratieve lasten die een uitgebreide rapportage met zich meebrengt. Het is daarom aan te bevelen om onderzoek te doen naar een manier waarop beknopt, gestructureerd en volledig gerapporteerd kan worden. Uit veldonderzoek is gebleken dat in rapportages vaak enkel geschreven wordt dat een vrijheidsbeperkende maatregel is toegepast, maar niet wat de reactie van de cliënt was op die maatregel. Juist de reactie van de cliënt is in de Wet Zorg en dwang van groot belang, daarin staat de wilsverklaring van de cliënt immers centraal.

§ 4.14 Betrokkenheid vertegenwoordiger en cliënt

In tegenstelling tot de Wet Bopz, gaat vanuit de Wet Zorg en dwang een activerende werking. Het doel van de wet is om toepassingen van onvrijwillige zorg zo veel mogelijk stapsgewijs af te bouwen. De zorgprofessional dient daarbij telkens de cliënt en zijn vertegenwoordiger te betrekken. In sommige gevallen kan dit een positieve werking hebben, omdat juist directe naasten van de cliënt wellicht nog mogelijkheden voor alternatieven zien. Echter, uit interviews is gebleken dat juist het tegenovergestelde vaak aan de hand is. Familie van de cliënt is geneigd om alle risico's in te dekken. Dit kan wel eens problemen

⁴² Kamerstukken II 2008/09, 31 996, 3, p. 17 (MvT).

opleveren wanneer maatregelen worden afgebouwd. Zie hierover bijvoorbeeld het volgende interviewfragment van een coördinator zorg en diensten:

“Met het opstarten van vrijheidsbeperkende maatregelen doen zich vrijwel nooit problemen voor, maar wel wanneer het gaat om het afbouwen van een maatregel. Familie is vaak bang het vertrouwde gevoel kwijt te raken. Zij denken dan als de belsensor afgaat weet de verzorging tenminste dat de cliënt is opgestaan en dan hoeft hij niet zo lang te wachten. Om de familie hierin tegemoet te komen wordt bijvoorbeeld afgesproken dat de eerste paar nachten elk uur iemand bij de cliënt gaat kijken om te zien of alles in orde is, dit wordt dan steeds verder afgebouwd.” (bijlage 9)

Uit het bovenstaande voorbeeld blijkt wel dat betere communicatie omtrent het beleid van De Zorggroep richting de familie van de cliënt noodzakelijk is. Het afbouwen van onvrijwillige zorg zal anders moeizaam verlopen.

Het kan helpen om een arts in te schakelen in de communicatie. Zijn oordeel legt wellicht meer gewicht in de schaal dan dat van een verzorgende of verpleegkundige. Dat blijkt ook uit het onderstaande interviewfragment van de Bopz-arts

“Het komt wel eens voor dat er meningsverschillen zijn, maar ik ervaar dat niet echt als een probleem. Ik weet wel dat de zorg het moeilijk vindt om bepaalde beslissingen uit te leggen aan familie. Ze zeggen dan: “Ja ga dat maar eens aan de familie uitleggen, want die zijn het hier echt niet mee eens hoor”. Meestal wordt er voor die gevallen de hulp van een arts ingeschakeld. Het overleg met de familie loopt vaak een stuk soepeler wanneer er een arts bij betrokken is die uitlegt wat de motieven zijn om iets wel of niet te doen. Als dat goed wordt uitgelegd aan de familie komt het meestal wel goed. Doorgaans gaat de discussie overigens om het weglaten van vrijheidsbeperkende maatregelen en niet over het toepassen ervan. Het afbouwen van fixatie heeft bijvoorbeeld heel wat moeite gekost.” (bijlage 7)

§ 4.15 Voorwaarden voor de daadwerkelijke uitvoering van onvrijwillige zorg

In tegenstelling tot de Wet Bopz, stelt de Wet Zorg en dwang niet alleen voorwaarden aan het besluitvormingsproces omtrent onvrijwillige zorg, maar ook aan de daadwerkelijke toepassing daarvan. Verzorgenden en verpleegkundigen zullen in hun rapportage aan moeten geven dat zij aan deze voorwaarden hebben voldaan. Zodat aantoonbaar rekening is gehouden met de wettelijke waarborgen omtrent onvrijwillige zorg.

§ 4.16 Samenvatting

Zoals in de inleiding werd aangegeven, is een van de belangrijkste bezwaren tegen de nieuwe Wet Zorg en dwang dat deze veel te procedureel van aard is. Naar aanleiding van de bovenstaande rechtsvergelijking kan inderdaad worden vastgesteld dat de Wet Zorg en dwang meer procedurele voorwaarden stelt aan het verlenen van onvrijwillige zorg dan de Wet Bopz. Het besluitvormingsproces dat momenteel door zorgprofessionals binnen De Zorggroep wordt gehanteerd zal dan ook op een aantal cruciale punten ingrijpend moeten worden gewijzigd. De materiële voorwaarden die de Wet Zorg en dwang stelt aan het verlenen van onvrijwillige zorg wijken daarentegen niet veel af van de eisen die de Wet Bopz stelt. De belangrijkste wijziging is dat valgevaar niet langer als grondslag mag worden gebruikt om onvrijwillige zorg toe te passen.

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit vijfde en laatste hoofdstuk van het onderzoeksrapport zullen de belangrijkste bevindingen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen, worden gepresenteerd. Allereerst zal aan de hand van conclusies een antwoord worden gegeven op de centrale vraag. Vervolgens zal in aansluiting op deze conclusies een aantal aanbevelingen worden gedaan. De conclusies zijn zodanig opgesteld dat deze ook leesbaar zijn indien men de rest van het onderzoeksrapport nog niet kent. Volledigheidshalve zal hier nog een keer de centrale vraag herhaald worden: **Onder welke voorwaarden kunnen zorgprofessionals onvrijwillige zorg toepassen in de psychogeriatrische zorgsector na inwerkingtreding van de wet zorg en dwang?**

§ 5.1 Conclusies

Onder onvrijwillige zorg verstaat de Wet Zorg en dwang zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet heeft ingestemd, of waartegen de cliënt zich verzet. Er zijn vijf interventies die onder de begripsomschrijving van onvrijwillige zorg kunnen vallen:

1. het toedienen van voeding vocht of medicatie voor een somatische aandoening;
2. het toedienen van gedragsbeïnvloedende medicatie, vanwege de psychogeriatrische aandoening of de verstandelijke handicap;
3. maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt;
4. Maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden;
5. beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten.

Het is van belang om hierbij nog op te merken dat de maatregelen onder punt twee en drie altijd als onvrijwillige zorg worden aangemerkt, ongeacht de instemming van de cliënt. Voor toezichthoudende maatregelen geldt dat daar alleen de cliënt mee in kan stemmen. Is deze wilsonbekwaam, heeft hij geen weet van de maatregel of verzet hij zich, dan is er sprake van onvrijwillige zorg. De vertegenwoordiger kan voor die maatregel geen vervangende toestemming geven.

De toepassing van onvrijwillige zorg is in tegenstelling tot de Wet Bopz ook toegestaan indien de cliënt nog niet is opgenomen in een instelling. De Wet Zorg en dwang stelt opname namelijk niet langer als voorwaarde voor het verlenen van onvrijwillige zorg, waardoor de wet als het ware cliëntvolgend wordt. Het gevolg hiervan is dat bijvoorbeeld ook cliënten in een thuiszorgsituatie voortaan onvrijwillige zorg kunnen ontvangen.

Er moet dan natuurlijk wel aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Een van die voorwaarden is dat onvrijwillige zorg moet zijn opgenomen in het zorgplan van de cliënt. De Wet Bopz kent reeds een soortgelijke eis, maar spreekt over behandelplan in plaats van zorgplan.

Een zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de vaststelling, uitvoering en evaluatie van het zorgplan. Om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te kunnen nemen dient de zorgverantwoordelijke een opschalend model van zorginhoudelijke besluitvorming te volgen. De Wet Bopz kent een dergelijke besluitvormingsprocedure niet en laat de zorgprofessional meer vrij in de wijze waarop hij zijn besluit om onvrijwillige zorg te verlenen neemt.

Het besluitvormingsproces dient op grond van de Wet Zorg en dwang aan te vangen met een heroverweging van het zorgplan in multidisciplinair overleg. De zorgverantwoordelijke dient dit overleg te organiseren en nodigt daarvoor tenminste één deskundige van een

andere discipline uit. Daarnaast moeten ook de cliënt en zijn vertegenwoordiger de mogelijkheid krijgen om bij het overleg aanwezig te zijn.

Tijdens het multidisciplinaire overleg dienen de volgende vragen te worden beantwoord:

1. Waaruit bestaat het ernstig nadeel?
2. Wat is de oorzaak van het probleemgedrag dat tot ernstig nadeel leidt?
3. Welke rol speelt de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving bij het ontstaan van ernstig nadeel?
4. Welke mogelijkheden van vrijwillige zorg zijn er nog?
5. Indien van toepassing: In hoeverre is de thuiszorgsituatie geschikt voor onvrijwillige zorg?

Zoals uit de bovenstaande vragen kan worden afgeleid, staat het criterium ernstig nadeel centraal in de Wet Zorg en dwang. Onvrijwillige zorg mag dan ook enkel worden verleend onder de voorwaarde dat er sprake is van (een risico op) ernstig nadeel. Het criterium ernstig nadeel is breder dan het gevaarscriterium uit de Wet Bopz. Toch wordt letsel als gevolg van valgevaar niet gezien als ernstig nadeel.

Naast de bovenstaande vragen, dient de zorgverantwoordelijke bij haar besluitvorming ook altijd te toetsen aan de algemene rechtsbeginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, noodzakelijkheid en doelmatigheid. Deze voorwaarden gelden overigens ook al onder het regime van de Wet Bopz en zijn dus niet nieuw.

Indien tijdens de heroverweging blijkt dat er nog mogelijkheden zijn voor vrijwillige zorg, dan kan men het zorgplan aanpassen. Wanneer dit aangepaste zorgplan nog steeds niet voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt, of wanneer reeds bleek dat er geen mogelijkheden meer waren voor vrijwillige zorg, dan kan de zorgverantwoordelijke onvrijwillige zorg in het zorgplan opnemen.

Daarvoor dient de zorgverantwoordelijke nogmaals een multidisciplinair overleg te organiseren waarvoor zij wederom één deskundige van een andere discipline, de cliënt en zijn vertegenwoordiger uitnodigt. De bovenstaande vragen zullen in dit overleg opnieuw besproken moeten worden. Daarnaast moet men ook nog kijken naar de nadelige effecten die de onvrijwillige zorg met zich mee kan brengen. Wanneer na beantwoording van de vragen en toetsing aan de algemene rechtsbeginselen, onvrijwillige zorg rechtmatig wordt bevonden, dan mag de zorgverantwoordelijke het zorgplan aanpassen. Uiteraard dient zij daarvoor wel te allen tijde de toestemming van een arts of deskundige te vragen.

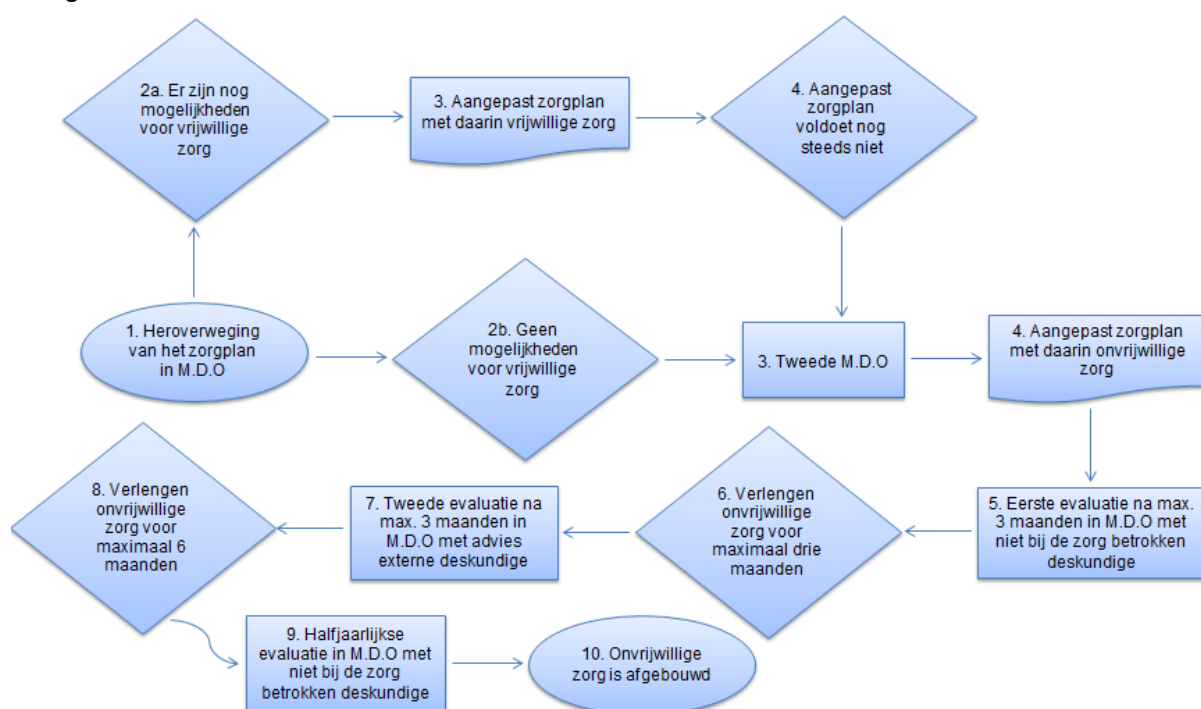
In het zorgplan moet worden opgenomen:

1. waaruit het ernstig nadeel bestaat;
2. de vorm van onvrijwillige zorg die kan worden ingezet ter afwending van dat nadeel;
3. welke (categorie) hulpverleners bevoegd is om de onvrijwillige zorg toe te passen;
4. de duur en de frequentie van de toepassing;
5. welke aanvullende zorgvuldigheidseisen worden genomen ter afwending van nadelige effecten van onvrijwillige zorg;
6. de wijze waarop onvrijwillige zorg wordt afgebouwd;
7. de continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop deze gewaarborgd wordt.

Indien het zorgplan met inachtneming van de hierboven omschreven voorwaarden is aangepast, kunnen zorgprofessionals gedurende drie maanden onvrijwillige zorg verlenen. Wanneer de toepassing van onvrijwillige zorg daarna nog steeds noodzakelijk is, dient er een evaluatie in multidisciplinair verband plaats te vinden. De zorgverantwoordelijke nodigt hiervoor niet alleen één deskundige van een andere discipline uit, maar ook nog een niet bij de zorg betrokken deskundige. Dit noemt men ook wel het uitgebreid deskundigenoverleg. De onvrijwillige zorg kan na dit overleg nogmaals met drie maanden worden verlengd. Is na die termijn nog onvrijwillige zorg nodig, dan dient men allereerst het advies te vragen van een externe deskundige. In het zorgplan moet de zorgverantwoordelijke aangeven hoe met dit advies rekening is gehouden.

De onvrijwillige zorg dient vervolgens halfjaarlijks in een multidisciplinair overleg te worden geëvalueerd. Tijdens deze standaard halfjaarlijkse evaluatie van het zorgplan, moet telkens een niet bij de zorg betrokken deskundige aanwezig zijn. Ook de cliënt en zijn vertegenwoordiger dienen bij de halfjaarlijkse evaluaties te worden betrokken. Aan hen moet de mogelijkheid worden gegeven om een zienswijze in te dienen. Wanneer de cliënt hiertoe zelf wilsonbekwaam is, dan kan een vertegenwoordiger worden ingeschakeld. Overigens dient een onafhankelijke arts telkens voor elke behandeling afzonderlijk vast te stellen of de cliënt wilsbekwaam is om daarover een beslissing te nemen. Deze toetsing dient de onafhankelijke arts op schrift te stellen. Ook dit is een voorwaarde die afwijkt van de huidige wet Bopz.

Schematisch weergegeven ziet het hierboven omschreven besluitvormingsproces er als volgt uit:



Figuur 5.1

Onvrijwillige zorg kan dus in beginsel enkel worden verleend indien de toepassing daarvan via het hierboven omschreven besluitvormingsproces is opgenomen in het zorgplan. Echter, voor nood- en onvoorziene situaties kent de Wet Zorg en dwang een afwijkende regeling. In die situaties mag onvrijwillige zorg buiten het zorgplan om worden verleend indien dit

volstrekt noodzakelijk is ter afwending van ernstig nadeel. Uiteraard moet er dan ook weer zijn voldaan aan de algemene rechtsbeginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, noodzakelijkheid en doelmatigheid. Het is van uiterst belang dat de zorgverantwoordelijke het besluit om buiten het zorgplan om onvrijwillige zorg te verlenen schriftelijk vastlegt.

§ 5.2 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de hierboven omschreven procedurele en materiële voorwaarden, kan geconcludeerd worden dat de Wet Zorg en dwang op een aantal gebieden veel dwingender is dan de huidige Wet Bopz. Met name de procedurele voorwaarden nemen aanzienlijk toe. Het gevolg hiervan is dat de administratieve lasten voor zorgprofessionals zwaarder zullen worden. In de onderstaande aanbevelingen zullen een aantal voorstellen worden gedaan om de huidige administratieve lasten alvast te verminderen zodat meer ruimte overblijft voor de nieuwe administratieve lasten die de Wet Zorg en dwang met zich mee brengt. Daarnaast zullen er nog een aantal beleidswijzigingen worden aanbevolen. Voor zorgprofessionals zijn deze wijzigingen noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de voorwaarden die de Wet Zorg en dwang stelt aan het toepassen van onvrijwillige zorg.

§ 5.2.1 Uniform beleid binnen alle sectoren van De Zorggroep

Het cliëntvolgende karakter van de Wet Zorg en dwang brengt met zich mee, dat deze wet op veel meer cliënten van toepassing is dan de huidige Wet Bopz. De huidige wet geldt bijvoorbeeld niet voor thuiszorgsituaties. Zorgprofessionals die werkzaam zijn in de thuiszorgsetting mogen op dit moment dan ook geen onvrijwillige zorg verlenen. Uit het onderzoek is echter gebleken dat men dit wel doet. Na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang zullen ook de zorgprofessionals in deze setting zich moeten houden aan wettelijke voorwaarden voor het toepassen van onvrijwillige zorg. Daarom is het van belang dat De Zorggroep een beleid ontwikkelt dat op uniforme wijze kan worden toegepast binnen alle sectoren van De Zorggroep. De voorgestelde beleidswijzigingen die hierna zullen volgen, zijn dan ook niet enkel gericht op de reeds aangemerkte Bopz-instellingen, maar op alle sectoren van De Zorggroep waarin men te maken heeft met psychogeriatrische cliënten.

§ 5.2.2 Scholing van zorgprofessionals

Zoals uit de hierboven omschreven conclusies is gebleken, brengt de Wet Zorg en dwang een aantal ingrijpende wijzigingen met zich mee. De wet geeft bijvoorbeeld een nieuwe invulling aan het begrip onvrijwillige zorg en maakt gebruik van een ander criterium dan de Wet Bopz. Ook schrijft de Wet Zorg en dwang in tegenstelling tot de Wet Bopz, een uitgebreide besluitvormingsprocedure voor. Zorgprofessionals zullen in hun dagelijkse werk worden geconfronteerd met deze wijzigingen en het is daarom van belang om voor hen een scholingsproject op te starten. Scholing is voornamelijk noodzakelijk in sectoren waarin men momenteel nog niet met de Wet Bopz te maken heeft. Zorgprofessionals binnen die sectoren zijn het immers nog niet gewend te moeten toetsen aan wettelijke voorwaarden alvorens zij onvrijwillige zorg toepassen. Daardoor zal de confrontatie met een nieuwe wet binnen die sectoren ingrijpender zijn.

Scholing wordt op dit moment onder andere verzorgd door zogenaamde exbelt-contactpersonen. Voor elke Bopz-afdeling is een exbelt-contactpersoon aangewezen. Deze contactpersonen hebben deelgenomen aan het exbelt-project en zorgprofessionals kunnen hen bij complexe casussen om advies vragen. Het is aan te bevelen om deze contactpersonen na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang een meer actieve en informerende rol te geven. Hulpverleners kunnen immers logischerwijs niet om advies vragen, indien zij nog niet van de nieuwe wettelijke situatie op de hoogte zijn gebracht.

Gedacht kan worden aan een cursus met bijbehorende cursusmateriaal, dat op een later moment altijd nog kan worden geraadpleegd. Om de stof te verlevendigen kan men gebruik maken van casussen uit de praktijk.

Het is aan te raden om ook zorgprofessionals uit de somatische- en thuiszorgsector deel te laten nemen aan het exbelt-project. Op die manier kunnen ook voor die sectoren contactpersonen worden aangewezen.

§ 5.2.3 Betere informatievoorziening voor naasten

De Wet Zorg en dwang is erop gericht om onvrijwillige zorg stapsgewijs af te bouwen. Daarbij is telkens de betrokkenheid van de cliënt en zijn vertegenwoordiger vereist. Uit het onderzoek is echter naar voren gekomen dat directe naasten van de cliënt vaak moeite hebben met de afbouw van vrijheidsbeperkende middelen. Zij zijn vaak bang op schade en zien het liefst dat alle risico's tot een minimum worden beperkt. Aldus kan geconcludeerd worden dat het voor aanverwanten van de cliënt onvoldoende duidelijk is wat de toepassing van onvrijwillige zorg betekent en welke impact onvrijwillige zorg heeft op de vrijheidsbeleving van de cliënt. Daarom is het aan te raden om niet alleen zorgprofessionals te scholen, maar ook familie. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een jaarlijkse informatieavond waarin wordt uitgelegd wat de impact is van onvrijwillige zorg en waarom er wordt gestreefd naar een beleid met zo min mogelijk onvrijwillige zorg. Op die manier kan ervoor worden gezorgd dat de samenwerking met naasten, die op grond van de Wet Zorg en dwang verplicht is, soepeler verloopt. Naasten zullen wellicht actiever nadenken over alternatieven hetgeen weer kan bijdragen aan de afbouw van onvrijwillige zorg.

§ 5.2.4 Toetsing van wils(on)bekwaamheid

De Zorggroep zal na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang in haar beleid op moeten nemen dat een niet bij de zorg betrokken arts voorafgaand aan elke behandeling dient te toetsen of de cliënt nog wilsbekwaam is om daarover een besluit te nemen.

De niet bij de zorg betrokken arts is op grond van de Wet Zorg en dwang verder vrij in de manier waarop hij wilsbekwaamheid toetst. Er worden geen specifieke criteria voorgeschreven aan de hand waarvan wilsbekwaamheid dient vastgesteld. Toch is het aan te raden om hierover wel beleid te maken. Dit zorgt namelijk voor een transparanter en uniformer besluitvormingsproces. Bovendien heeft de zorgprofessional dan concrete handvaten, waardoor het voor hem wellicht makkelijker is om zich aan deze voorwaarde te houden. Vanuit het werkveld zijn reeds verschillende richtlijnen voor toetsing van de wilsbekwaamheid opgesteld. De Zorggroep kan deze richtlijnen als uitgangspunt nemen bij haar beleidsvorming.

§ 5.2.5 Aanpassing van het besluitvormingsproces

Na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang zal De Zorggroep in haar beleid op moeten nemen dat voorafgaand aan de toepassing van onvrijwillige zorg twee multidisciplinaire overleggen dienen plaats te vinden.

De functie van de coördinator zorg en diensten lijkt erg op die van zorgverantwoordelijke uit de Wet Zorg en dwang. Daarom is het aan te bevelen om de coördinator zorg en diensten in het beleid aan te wijzen als zorgverantwoordelijke.

Ook zal De Zorggroep in haar beleid op moeten nemen dat ten aanzien van toezichthoudende maatregelen en beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten niet de arts eindverantwoordelijk is, maar een deskundige.

Daarvoor is het noodzakelijk dat De Zorggroep onderzoekt of er voldoende capaciteit is om aan deze voorwaarde te kunnen voldoen. In concrete bewoordingen: men zou moeten bekijken of er voldoende deskundigen in dienst zijn.

§ 5.2.6 Aanpassing van de besluitvormingsformulieren

Zorgprofessionals binnen De Zorggroep maken bij hun besluitvorming gebruik van een registratieformulier. In het rechtsvergelijkende hoofdstuk van dit onderzoek is getoetst of dit formulier voldoet aan de voorwaarden uit de Wet Zorg en dwang. Daaruit is gebleken dat na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang een aanpassing van het formulier noodzakelijk is. Hieraan zullen in ieder geval de volgende vragen moeten worden toegevoegd:

Ad 1. De eis van noodzakelijkheid / risico-inventarisatie:

Veroorzaakt de psychogeriatrische aandoening en het daarmee gepaard gaande probleemgedrag een situatie van ernstig nadeel?

Zo ja:

- Waaruit bestaat het ernstig nadeel?
- Is het inzetten van onvrijwillige zorg volstrekt noodzakelijk om het ernstig nadeel af te wenden?
- Welk gedrag veroorzaakt het ernstig nadeel?
- Hoe kan dit gedrag verklaard worden? / Wat is de oorzaak van het probleemgedrag?
- Welke rol speelt de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving bij het ontstaan van ernstig nadeel?

Ad 2. De eis van subsidiariteit:

- Zijn er nog mogelijkheden voor vrijwillige zorg waarmee het probleemgedrag en het daaruit voortvloeiende ernstig nadeel kan worden afgewend?

Zo ja:

- Welke mogelijkheden?

Zo nee:

- Welke vormen van onvrijwillige zorg kunnen worden ingezet om het ernstig nadeel af te wenden?
- Welke vorm is het minst ingrijpend?

Ad 3. De eis van doelmatigheid:

- Wat is het doel waarmee de onvrijwillige zorg worden ingezet?
- Hoe kan dit doel met de voorgestelde onvrijwillige zorg worden bereikt?

Ad. 4 De eis van proportionaliteit:

- Wat zijn de nadelige effecten van onvrijwillige zorg?
- Welke belangen worden met de inzet van onvrijwillige zorg gediend?
- In hoeverre wegen deze belangen op tegen de nadelige effecten van onvrijwillige zorg?
- In hoeverre staat de ernst van de nadelige effecten in verhouding tot het doel dat met de maatregel wordt gediend?

Indien van toepassing:

- In hoeverre is de thuiszorgsituatie geschikt om onvrijwillige zorg toe te passen?

De hierboven voorgestelde vragen hebben een open karakter. Dit is aan te bevelen omdat de zorgprofessional daardoor gedwongen wordt zijn overweging vast te leggen.

Er valt iets voor te zeggen om voor het eerste multidisciplinaire overleg een ander besluitvormingsformulier te ontwikkelen dan voor het tweede. Het eerste overleg is namelijk vooral gericht op het vinden van alternatieven en een belangenafweging zou in dit overleg

dus nog niet echt aan de orde hoeven te komen. Men zou in dit overleg kunnen volstaan met beantwoording van de vragen genoemd onder ad 1 en 2. Eventueel kan er nog gericht naar input van de vertegenwoordiger worden gevraagd: welke alternatieven voor vrijwillige zorg ziet hij nog? De vertegenwoordiger zal vaak een grote rol kunnen spelen bij de verklaring van bepaald gedrag, deze heeft immers in tegenstelling tot de zorgprofessional kennis over de levensgeschiedenis van de cliënt. Het is daarom aan te bevelen om gerichte vragen voor de vertegenwoordiger op te nemen in het registratieformulier, zodat deze een actieve rol krijgt in het besluitvormingsproces.

De vragen onder ad 3 en 4 zijn meer gericht op het waarborgen van adequate besluitvorming en spelen daarom vooral in het tweede multidisciplinaire overleg een belangrijke rol.

§ 5.2.7 Aanpassing van het behandelplan

Momenteel wordt binnen De Zorggroep een speciaal Bopz-behandelplan gebruikt wanneer er vrijheidsbeperkende middelen worden ingezet. Ook dit behandelplan dient na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang te worden aangepast. In paragraaf 4.10 van dit onderzoeksrapport is omschreven wat er in het zorgplan moet worden opgenomen ten aanzien van onvrijwillige zorg en in hoeverre het huidige behandelplan aan deze vereisten voldoet. Daarom zal hier worden volstaan met slechts een verwijzing naar die paragraaf.

§ 5.2.8 Verlichting van administratieve lasten door ander evaluatiebeleid

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden momenteel maandelijks in multidisciplinair verband geëvalueerd. De Wet Zorg en dwang stelt een maandelijkse evaluatie niet verplicht en gezien de bezwaren genoemd in paragraaf 4.12 is het dan ook aan te raden om het beleid op dit gebied te wijzigen.

Het advies is om een maandelijkse evaluatie niet standaard verplicht te stellen, maar om per situatie te kijken binnen welke termijn evaluatie noodzakelijk is. Indien nodig kan men altijd eerder tot een evaluatie over gaan. Op die manier worden de evaluaties meer cliëntgericht en kan men ook echt de tijd nemen om een maatregel daadwerkelijk te evalueren.

Bovendien worden de administratieve lasten hierdoor verlicht.

Overigens dient De Zorggroep nog in haar beleid op te nemen dat bij de eerste evaluatie (in beginsel na drie maanden) een niet bij de zorg betrokken deskundige moet worden ingeschakeld. Deze deskundige dient ook telkens te worden ingeschakeld bij de reguliere halfjaarlijkse zorgplanevaluaties (zie stap 5 en 9 uit het stroomdiagram in figuur 5.1).

§ 5.2.9 Betrokkenheid externe deskundigen

Na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang zal De Zorggroep in haar beleid moeten opnemen dat inschakeling van een externe deskundige verplicht is, zodra de onvrijwillige langer dan zes maanden wordt toegepast (zie stap 7 uit het stroomdiagram in figuur 5.1). Ook hier geldt weer dat het is aan te bevelen om te onderzoeken in hoeverre er voldoende capaciteit is om aan deze voorwaarde te kunnen voldoen. Het is op dit moment namelijk gebruikelijk om bij ernstige gedragsproblematiek de hulp in te schakelen van het Centrum voor Consultatie en Expertise. Te verwachten valt dat het CCE na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang een forse toename van adviesaanvragen zal krijgen. Daarom is het aan te raden om alvast banden te leggen met andere externe partijen.

§ 5.2.10 Beknopte doch volledige rapportages

Zoals in het rechtsvergelijkende hoofdstuk van dit onderzoeksrapport is omschreven, schieten zorgverleners vaak te kort in het rapporteren omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarom is het aan te bevelen om nader onderzoek te doen naar een manier

waarop verzorgenden en verpleegkundigen snel, maar toch volledig kunnen rapporteren. Hiervoor zijn reeds verschillende methodes ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld de SOAP-methode, waarbij de S voor subjectief staat, de O voor objectief, de A voor analyse en de P voor plan. Het voordeel van deze methode is dat niet alleen wordt gevraagd naar de objectieve waarneming van de verzorgende of de verpleegkundige, maar ook naar de subjectieve beleving van de cliënt. Op die manier kan worden voorkomen dat in de rapportages slechts interpretaties van het verzorgend en verplegend personeel worden opgenomen. Daarom kan worden aanbevolen om in ieder geval te onderzoeken of deze methode in de praktijk leidt tot een betere informatieoverdracht. Daarbij kan ook worden gekeken naar verschillende andere methodes.

Betere rapportages leiden tot meer inzicht in het gedragspatroon van de cliënt. Dit kan bijdragen aan het afbouwen van onvrijwillige zorg en minder onvrijwillige zorg betekent weer minder administratieve lasten.

§ 5.2.11 Andere werkwijze ten aanzien van nood- en onvoorziene situaties

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de toepassing van onvrijwillige zorg in nood- of onvoorziene situaties niet altijd als zodanig wordt geregistreerd. Deze werkwijze is niet toegestaan en zal zeker na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang moeten worden gewijzigd. Zoals uit de conclusies bleek is de zorgprofessional namelijk verplicht om zijn besluit om onvrijwillige zorg buiten het zorgplan om te verlenen, op schrift te stellen.

LITERATUURLIJST

Tijdschriften

Frederiks & Blankman, *TvGR* 2013, afl. 4 p. 346-361

B.J.M. Frederiks en K. Blankman, 'wetsvoorstel Zorg en dwang: impact van de recente wijzigingen voor het veld en de cliënt', *TvGR* 2013, p. 346-361.

Frederiks, *Denkbeeld* 2012, afl. 6, p. 24-27

B.J.M. Frederiks, 'van de regen in de drup? Het wetsvoorstel Zorg en dwang', *Denkbeeld* 2012, vol. 24, afl. 6, p. 24-27.

Hendriks, Frederiks & Verkerk, *TvGR* 2008, afl. 1, p. 2-18

A.C. Hendriks, B.J.M. Frederiks & A.C. Verkerk, 'Het recht op autonomie in samenhang met goede zorg bezien', *TvGR* 2008, vol. 32, afl. 1, p. 2-18.

Trappenburg, *RdW* 2010, afl. 3, p. 40-51

M. Trappenburg, 'Ik en mijn medepatiënt, juridisering in de zorg', *RdW* 2010 (31) 3, p. 40-51.

Widdershoven, *NJB* 2010/1203, p. 610-614

T.P. Widdershoven, 'zorg en dwang: één stap voorwaarts, twee terug', *NJB* 2010/1203, p. 610-614.

Zwijzen, Depla, Francke & Hertogh, *Denkbeeld*, 2011, afl. 4, p. 24-25

S. Zwijzen, M. Depla, A. Francke & C. Hertogh, 'Wanneer is iets een vrijheidsbeperking? Opvattingen van verzorgenden, behandelaars en familieleden' *Denkbeeld* 2011, afl. 4, P. 24-25.

Rapporten, scripties en niet uitgegeven teksten:

Advies Raad van State 2012

Advies inzake wetsvoorstel Wet Zorg en dwang (advies van 29 mei 2012 no.W13.12.0099/III), Den Haag: 2012.

Bosselaar 2011

N. Bosselaar, *de rol van empathie in de bevordering van de vaardigheden die autonomie mogelijk maken. Een zorgethische verkenning* (Masterthesis universiteit van Tilburg), 2011.

Møst 2013

E. Møst, *Circadian rhythm deterioration in early Alzheimer Disease and the preventive effect of light* (diss. Amsterdam VU), 2013.

Rapport evaluatiecommissie van de Wet Bopz 2007

Deel 1 evaluatierapport: *voortschrijdende inzichten..., derde evaluatie van de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen* (rapport van 23 april 2007), Den Haag: evaluatiecommissie 2007.

Richtlijn Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden 2004

Richtlijn zorg bij een verstoord slaap-waak ritme Utrecht: 2004.

Vilans alternatievenbundel 2013

Ruim 60 alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg Utrecht: 2013.

Witmer & de Roode 2004

H. Witmer & R de Roode, *van wet naar praktijk: implementatie van de WGBO deel 2 informatie en toestemming*, Utrecht: KNMG 2004.

Dissertaties

Arends 2005

L.A.P. Arends, *Psychogeriatrische patiënt en recht* (diss. Erasmus universiteit Rotterdam), Den Haag: Sdu 2005.

Boeken

Arends 2006

L.A.P. Arends, *De Wet Bopz voor psychogeriatrische patiënten*, Den Haag: Sdu 2006.

Kranten en andere media

Vis, *NRC* 30 oktober 2014

C. Vis, 'dementerende met thuiszorg vaak onder dwang verpleegd', *NRC* 30 oktober 2014.