

88 **Najaarsvergadering Vereniging voor gezondheidsrecht: Vervanging Wet Bopz door Wet verplichte ggz en Wet zorg en dwang**

*L.A.P. Arends*³

Op 7 november jl. vond de najaarsvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht plaats. Het thema was de voorgenomen vervanging van de Wet Bopz door de Wet verplichte ggz (in de psychiatrie) en de Wet zorg en dwang (in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg). Het gaat om ingrijpende ontwikkelingen, niet alleen omdat beide wetten aanzienlijk in systematiek verschillen, maar ook omdat beide wetten uitgaan van verschillende concepten. De Wet zorg en dwang werd eind juni 2009 al ingediend in de Tweede Kamer. Ook is er al een verslag van de Vaste Kamercommissie. De Wet verplichte ggz ligt voor advies bij de Raad van State. Binnen afzienbare tijd zal ook deze wet bij de Tweede Kamer worden ingediend.

³ Luuk Arends is advocaat, verbonden aan de sectie gezondheidsrecht van Dirkzwager Advocaten en redacteur van dit blad.

Het onderwerp werd ingeleid door een lezing van Rembrandt Zuijderhout (over de Wet verplichte ggz), jurist en psychiater, tevens psychotherapeut en redacteur van dit blad. Daarnaast waren er lezingen van twee coreferenten, te weten Adger Hondius, psychiater en geneesheer-directeur bij een ggz-instelling en eveneens redacteur van dit blad (over de Wet verplichte ggz), en door Angelique Dijkgraaf, arts voor verstandelijk gehandicapten en voorzitter van de commissie wet en regelgeving van de Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Verstandelijk gehandicapten (over de Wet zorg en dwang).

Hieronder volgt een kort verslag van de lezingen en de discussie die op de lezingen volgde.

1. Met twee benen de Bopz voorbij – Rembrandt Zuijderhout

In zijn introductie stelt Zuijderhout dat tijdens de eerste evaluatie de Wet Bopz nog niet echt 'geland' was. De wet was nog niet goed geïmplementeerd. Tijdens de tweede evaluatie werd echter wel duidelijk dat de wet in het veld toch niet goed voldeed en werd de kiem gelegd voor de Wet Zorg en dwang voor psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. De conclusie bij die tweede evaluatie was dat de Wet Bopz niet goed paste bij deze doelgroepen. De insteek was te medisch.

In 2007 kwam de evaluatiecommissie bij de derde evaluatie van de Wet Bopz tot de conclusie dat deze wet 'onherstelbaar was verbeterd'. Zij concludeerde de wet 'onleesbaar ingewikkeld' was geworden en dat inmiddels niemand meer durft te vertellen hoe het echt zit. Bovendien was de Wet Bopz onvoldoende op de moderne zorg georiënteerd. De evaluatiecommissie was daarom van oordeel dat de hele Wet Bopz op de schop moest. Een nieuwe wet zou de sectoren beter moeten verbinden, waarbij met name werd gedacht aan psychiatrie en de sectoren die onder de forensische psychiatrie vallen. In zijn presentatie gaat Zuij-

derhout in op de inhoud van beide wetten. Daarbij signaleert hij dat beide wetten uitgaan van zorg, dwang tot uitzondering maken en dwangopneming tot sluitstuk van de wet maken. Daarbij proberen beide wetten de rechtsbescherming van cliënten vast te houden en verder te versterken, maar doen dit elk op een eigen manier.

De wet zorg en dwang kiest daarbij voor een spectaculaire vergroting van de reikwijdte: het maakt niet uit of cliënten binnen de instelling verblijven of daarbuiten. Dit heeft geleid tot scherpe kritiek vanuit de Tweede Kamer. Volgens Zuijderhout is die kritiek niet terecht, omdat de wetgever het eigenlijk bij voorbaat niet goed kan doen. Als er gedoogd wordt buiten de instelling, is het parlement van oordeel dat er een wettelijke regeling moet komen en wordt het onder de wet gebracht dan vindt het parlement dat daarmee dwang wordt gelegitimeerd. Bovendien brengt het Wetsvoorstel zorg en dwang niets wat niet al eerder bekend was, bijvoorbeeld uit de contourenbrief. Ook het feit dat er meer naar de sectoren zelf geluisterd is lijkt in het parlement vooralsnog niet in goede aarde gevallen.

Een belangrijk nieuw element in de wet is volgens Zuijderhout het feit dat de aard van de aandoening als uitgangspunt voor toepasselijkheid van de wet wordt genomen. Dit kan mogelijk wel tot interpretatieproblemen ingeval van samenloop met een psychische stoornis: hoe verhoudt bijvoorbeeld een psychogeriatric aandoening zich dan tot deze stoornis, en welk wettelijk kader is dan van toepassing? Zuijderhout is ook van oordeel dat de ambulante mogelijkheden voor vrijheidsbeperking wel heel erg ver gaan. Hij vindt het een immense uitbreiding van de reikwijdte ten opzichte van de huidige situatie.

Hij behandelt de vijf verschillende vormen van onvrijwillige zorg die in de wet worden onderscheiden, te weten

- a) toediening van voeding, vocht of medicatie in het kader van een somatische aandoening,
- b) toediening van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van een cliënt vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking,
- c) maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt,
- d) maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden, en
- e) beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten.

Overigens vindt hij het begrip onvrijwillige zorg wel een soort containerbegrip voor dwang. 'Interessant' noemt hij de keuze om toepassing van medicatie die van invloed is op het gedrag of bewegingsvrijheid, en beperkingen van de bewegingsvrijheid zelf, wanneer met die interventies is ingestemd, gelijk te scharen met het begrip 'onvrijwillige zorg'.

In de Wet verplichte ggz is net als in de Wet zorg en dwang sprake van uitbreiding van mogelijkheden voor dwang, en eveneens in een extramurale setting. Hier wordt echter door het parlement wel onderkend dat de Wet Bopz ondanks het optreden van een aantal 'waakhonden' (burgemeester, OM en Inspectie) de individuele patiënt onvoldoende bescherming biedt. Dit is mede toe te schrijven aan de wijze waarop deze waakhonden invulling hebben gegeven aan de aan hen opgelegde wettelijke taak. Het blijft nog even afwachten wat de nieuwe Wet verplichte ggz de individuele patiënt aan concrete bescherming gaat bieden. Juridisch krijgt hij weliswaar veel bevoegdheden, maar hier en daar wordt door sommigen de kritiek geuit dat sprake is van een sluimerende terugkeer naar het geen bezwaarcriterium.

Nieuw in deze wet is de introductie van de zorgmachtiging. De zorgmachtiging kan om

vier redenen worden aangewend, te weten in een crisissituatie, in het kader van de opstelling van een zorgplan, om de geestelijke gezondheidstoestand van een cliënt te stabiliseren, of om deze te verbeteren. Een ander nieuw element in de wet is de introductie van een adviescommissie, bestaande uit een jurist, een psychiater en een algemeen lid. Deze adviescommissie adviseert en verzoekt, maar is nadrukkelijk geen beslissende of toezichhoudende commissie. De adviescommissie neemt de taken van het OM uit de Wet Bopz over. Nieuw in de Wet verplichte ggz is ook dat in de wet expliciet wordt vastgelegd dat er multidisciplinair overlegd dient te worden. Ook nieuw is dat de zorgverantwoordelijke een zorgkaart moet opstellen, waarin moet staan wat de patiënt zelf wil. In het zorgplan komt alles over benodigde zorg en verplichte zorg te staan.

In de Wet verplichte ggz is ook veel aandacht voor de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon en de advocaat, naast die van de klachtencommissie. In de Wet zorg en dwang staat niets over de pvp en weinig over de rol van de advocaat.

Over de Wet zorg en dwang merkt Zuiderhout nog op dat hierin geen bestuursrechtelijke elementen meer zitten. Ook de rol van de geneesheer-directeur is er niet meer. Hij noemt dit zorgelijk. Hoe kunnen managers oordelen voer dwang en vrijheidsbeneming? Van belang is wel dat er steeds 'competent authorities' oordelen. Hij verwijst hierbij naar het Winterwerp-arrest.

2. De Wet Verplichte ggz en de rol van de psychiater – Adger Hondius

Adger Hondius staat in zijn bijdrage stil bij de verschillende rollen die de psychiater in het wetsvoorstel verplichte ggz inneemt. Hij onderscheidt er vier, die van de zorgverantwoordelijke, die van de gespecialiseerd autonome arts, die van directeur zorgkwaliteit en die van lid van de adviescommissie. Over de rol van de

psychiater in de adviescommissie merkt hij op dat het belangrijk is dat in adviescommissies psychiaters zitten die veel kennis hebben van sociale en chronische psychiatrie. Bovendien moet zo'n psychiater een regionaal netwerk hebben en veel weten van gezondheidsrecht. Hondius is van mening dat de directeur zorgkwaliteit, die in de plaats komt van de geneesheerdirecteur, teveel een 'doorgeefluik' wordt. Hij betreurt dit. Hondius pleit er voor dat de directeur zorgkwaliteit meer als intern toezichthouder zou kunnen fungeren.

Voordelen van de nieuwe wet zijn vooral van sociaal-psychiatrische aard. Met name het feit dat ambulante dwang kan worden toegepast en dat mensen daardoor meer in hun eigen context kunnen worden behandeld, is een belangrijke verbetering. Maar volgens Hondius zijn er ook nadelen. Met name de naam van de wet is ongelukkig gekozen. Sommige psychiaters herkennen hun discipline niet meer. Verder is het sterk de vraag of er altijd een praktische meerwaarde uitgaat van de adviescommissie. Mogelijk leidt de wijze waarop deze is ingekleed tot onnodige negatieve jurisdisering.

3. Minder beperkingen door de Wet zorg en dwang!? – Angelique Dijkgraaf

Angelique Dijkgraaf wijst er in haar bijdrage allereerst op dat de Wet Bopz niet goed aansluit bij de praktijk in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Hier wordt gezorgd voor mensen die zich niet kunnen handhaven in de normale maatschappij, anders kregen zij immers die zorg niet. In de Wet Bopz wordt 'met hangen en wurgen' gewerkt. In de verstandelijk gehandicaptenzorg is niet alleen een arts belangrijk, maar vooral ook orthopedagogen of gz-psychologen. Zij dragen zorg voor de 'normale', dagelijkse zorg. De dokter komt pas in beeld als er sprake is van aandoeningen.

De nieuwe Wet zorg en dwang sluit veel beter aan op de praktijk: een multidisciplinaire bena-

dering wordt nu wettelijk voorgeschreven. In de wet wordt de rol van de AVG veel duidelijker, bijvoorbeeld bij het afgeven van een geneeskundige verklaring. Een psychiater is in de verstandelijk gehandicaptenzorg bij het afgeven van zo'n verklaring niet erg 'op zijn plek'. Hij moet uitspraken doen over cliënten waar hij niet zoveel verstand van heeft. Ook het wegvallen van de rol van Bopz-arts (geneesheer-directeur) beschouwt Dijkgraaf als een voordeel.

Een goede verbetering is verder het verplicht aanstellen van een mentor als er geen familie is. Het ontbreken van een vertegenwoordiger levert in de praktijk namelijk heel vaak problemen op.

Hoewel de nieuwe wet veel duidelijkheid schept voor de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn er ook nadelen te onderkennen. Een mogelijk knelpunt kan worden somatische zorg waarmee een cliënt niet heeft ingestemd of waartegen hij zich zelfs verzet. Dit valt nu nog onder de Wgbo, maar straks onder zorg en dwang kan dit heel veel problemen gaan opleveren. Dijkgraaf noemt het voorbeeld van het tegen de wil van een cliënt in diens oor kijken met een oorthermometer. Onder de nieuwe wet moet dit als onvrijwillige zorg worden beschouwd. Veel cliënten met een verstandelijke beperking vinden dit een 'enge' interventie.

Voor de categorie van onvrijwillige zorg 'beperkingen van de vrijheid het eigen leven in te richten' kunnen straks speciale categorieën hulpverleners worden aangewezen, die de noodzaak van deze onvrijwillige zorg moeten beoordelen. Logischerwijs zou dit een orthopedagoog of gz-psycholoog moeten doen. Dijkgraaf wijst erop dat het feit dat deze interventies tot onvrijwillige zorg worden bestempeld nogal wat betekent. Als voorbeeld verwijst zij naar een cliënt met een licht verstandelijke beperking, met een niveau van 11 jaar die uit wil gaan. In de nieuwe situatie zullen dan vol-

gens Dijkgraaf wekelijks afspraken gemaakt moeten worden die vast dienen te worden gelegd in het zorgplan. De toediening van medicatie die van invloed is op gedrag of bewegingsvrijheid, kan eveneens voor problemen zorgen. Er is namelijk een heel groot grijs gebied, bijvoorbeeld bij het toedienen van epileptica. In de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt deze medicatie veel gebruikt.

Onduidelijk is ook de rolverdeling tussen zorgverantwoordelijke en zorgverlener. De zorgverantwoordelijke krijgt er naast de reguliere zorg verantwoordelijkheden bij, waarvan je je kunt afvragen hoe zal uitpakken. Zijn de zorgverleners die de rol van zorgverantwoordelijke krijgen toebedeeld wel voldoende gekwalificeerd om deze verantwoordelijke taak uit te kunnen voeren?

Tot slot wijst Dijkgraaf nog op de verhouding van de Wet zorg en dwang tot andere wet- en regelgeving.

Discussie

Tijdens de discussie is er vooral aandacht voor de vraag of het wenselijk is om uiteindelijk tot één nieuwe wet te komen of twee afzonderlijke kaders te handhaven. De reacties uit de zaal zijn wisselend. Sommige sprekers zijn ronduit voorstander van één nieuwe wet. Anderen zijn genuanceerder en vinden het in ieder geval belangrijk dat welke nieuwe wet er ook komt of komen, die regelingen in ieder geval voldoende doordacht moeten zijn. Verder dient er aandacht te blijven voor het feit dat de verschillende sectoren met verschillende typen cliënten en bijbehorende problematiek te maken hebben. Het is niet goed alles over één kam te scheren. Dat neemt echter niet weg dat onderzocht zou moeten worden in hoeverre de regelingen niet op een aantal onderdelen in elkaar geschoven zouden kunnen worden, zodat grensproblematiek kan worden voorkomen. Eén spreker is van mening dat de vraag of beide wetten in elkaar geschoven moeten worden niet moet leiden tot nieuwe vertragen-

gen. Misschien is het wel beter beide wetten, die in nauw overleg met de sectoren waarvoor zij bedoeld zijn tot stand zijn gekomen, 'gewoon' in te voeren en daarna te kijken of de wetten verder op elkaar afgestemd moeten worden.

De voorzitter van de Vereniging voor Gezondheidsrecht, Johan Legemaate, sluit de najaarsvergadering af met de opmerking dat de discussie over de vraag of er twee wettelijke regelingen moeten komen, of één gezamenlijke bepaald nog niet is uitgewoed en er ook nog wel een volgende vergadering aan zou kunnen worden gewijd. Die staat overigens niet op het programma.

De komende jaarvergadering die in april 2010 wordt gehouden heeft een thema dat iets verder van de geestelijke gezondheidszorg afstaat, te weten 'wetenschappelijk onderzoek in de zorg'. Als preadviseurs treden dan op: Prof. mr.dr. D.P. Engberts, mevr. mr. Y.D. Koster-Reidsma en mevr. mr.dr. M.C. Ploem. Een uitgebreid verslag van de vergadering zal gepubliceerd worden in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2 / 2010.