

Verslag najaarsvergadering VGR 2009 'Dwang en vrijheidsbeperkingen in de zorg'

Mr. dr. L.A.P. Arends¹

1 INLEIDING

De najaarsvergadering van 6 november van 2009 van de Vereniging voor Gezondheidsrecht (VGR) stond in het teken van de wetgeving in de geestelijke gezondheidszorg. 'Dwang en vrijheidsbeperkingen' is van oudsher een cruciaal thema in het gezondheidsrecht vanwege de ingrijpende repercussies op de rechtspositie van de patiënt. De geestelijke gezondheidszorg staat aan de vooravond van ingrijpende wetswijzigingen. De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) is aan vervanging toe en er staan twee nieuwe wettelijke regelingen op stapel: de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) voor de psychiatrie en de Wet zorg en dwang voor de beide andere sectoren, de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg.

In zijn introductie wijst voorzitter prof. mr. J. Legemaate erop het bij deze najaarsvergadering gaat om een aanzienlijke herschikking van wetgeving, net als bij het thema van de vorige najaarsvergadering de voorgenomen Wet cliëntenrechten zorg. Het gaat om een ingrijpende wijziging, niet alleen omdat beide wetten aanzienlijk in systematiek verschillen van de Wet Bopz, maar ook omdat beide wetten ten opzichte van elkaar uitgaan van verschillende concepten van rechtsbescherming. De Wet zorg en dwang is eind juni 2009 ingediend bij de Tweede Kamer. De Wvggz is voor advies naar de Raad van State gezonden. Binnen afzienbare tijd zal ook deze wet naar de Tweede Kamer gaan. Drie sprekers zijn tijdens de najaarsvergadering aan het woord: mr. drs. R.H. Zuijderhoudt, jurist en psychiater/psychotherapeut, dr. A.J.K. Hondius, psychiater en mevrouw A.D. Dijkgraaf, arts voor verstandelijk gehandicapten. Hieronder volgt een verslag van hun lezingen en de daaropvolgende discussie.

1. Luuk Arends werkt als advocaat bij de sectie gezondheidsrecht van Dirkzwager advocaten & notarissen.

2 MET TWEE BENEN DE WET BOPZ VOORBIJ

Zuijderhoudt geeft in zijn bijdrage een 'helikopterview' van de voorgenomen twee nieuwe wettelijke regelingen: waar komen deze vandaan en wat gaan zij betekenen? Bij zijn introductie wijst hij erop dat zijn verhaal maar deels actueel kan zijn. Het huidige voorstel van de Wet zorg en dwang is openbaar, omdat het bij de Tweede Kamer is ingediend. Van de Wvggz is een versie uit 2008 bekend. De versie die bij de Raad van State ligt ziet er waarschijnlijk anders uit en zal er zeker anders uitzien wanneer deze bij de Tweede Kamer wordt ingediend. Het gaat over een onderwerp (vrijheidsbeperkingen) waar iedereen een mening over heeft. Tijdens zijn bespreking zal Zuijderhoudt maar beperkt zijn visie geven op de commissies verplichte ggz. Er vindt een ex ante-evaluatiestudie plaats, waarbij wordt onderzocht hoe de commissies, die nu bij wijze van pilot fungeren, het in de praktijk doen. Dat onderzoek is nog niet afgerond. Het is niet wenselijk om op voorhand al een mening te geven, terwijl 'de kip nog op de eieren zit te broeden'. Eerst moeten de pilots afgemaakt worden voordat zinnige uitspraken gedaan kunnen worden over de vorm en taken van de commissies.

2.1 Historie

Zuijderhoudt noemt het niet redelijk om steeds over de Wet Bopz te klagen, maar het is nu eenmaal zo dat het wel een monster is geworden. Dat komt niet omdat dit iemand te verwijten valt, maar het is wel zo gegroeid. De historie van deze wet is van belang om iets te snappen van het proces dat gaande is. Deze wet werd opgezet tijdens het hoogtepunt van de antipsychiatrie en in 1971 geconcipeerd als wet om de psychiatrische patiënt te 'ontkerken', te bevrijden van 'de gruwelijkheden van de psychiatrie'. In de 23-jarige periode die daarop volgde, en die nodig was om de wet in werking te laten treden, verschoof de visie op psychiatrie. Daarom was bij de invoering van de wet het concept dat ten grondslag lag aan het eerste ontwerp alweer grotendeels achterhaald. De aardverschuiving die werd beoogd was daarvan wél het gevolg. Zuijderhoudt noemt als voorbeelden bereidheid in plaats van geen bezwaar, gevaar in plaats van

bestwil, een enorm
Wet Bopz
zorg én de
psychoger

De Wet Bo
dens de ee
geland. Va
echt sprak

Uit de t
geschikt w
gehandica
Wet zorg
voor deze
gaf de Alge
verdere in
de Ministe
gaf een de
Wet zorg

De Wet Bo
de psycho
zorg. De e
wijdte hee
buiten Bop
zorgverle
meer ma
woonvoor
dwang toe
wettelijk k
de Wet Bo
lijk gehan
karakter v
juridisch
mentalitei

Bij de der
Wet Bopz
sie vond d
terd': er w
nog adequ
is het feit
van zijn v
de zorg te
bestaat da
ander bela
chiatrie ee
vloeit uit

bestwil, een regeling van de interne rechtspositie en een enorme uitbreiding van de reikwijdte die door de Wet Bopz werd bestreken, inclusief de verslavingszorg én de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric.

De Wet Bopz is inmiddels drie keer geëvalueerd. Tijdens de eerste evaluatie was de wet nog niet echt geland. Van een goede implementatie was nog niet echt sprake.

Uit de tweede evaluatie bleek dat de Wet Bopz niet geschikt was voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg en werd de kiem gelegd voor de Wet zorg en dwang, maar ook voor een andere route voor deze sectoren als voor de psychiatrie. In 2003 gaf de Algemene Rekenkamer met een rapport een verdere impuls. De zogeheten 'Contourenbrief' van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer in 2005 gaf een definitieve zet tot de ontwikkeling van de Wet zorg en dwang.

De Wet Bopz kent twee belangrijke knelpunten voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. De eerste is dat deze wet een te beperkte reikwijdte heeft. Veel dwangtoepassingen vinden plaats buiten Bopz-aangemerkte instellingen. De wijze van zorgverlening is veranderd: geen grote instellingen meer maar kleinschalige zorg. Binnen kleinschalige woonvoorzieningen of thuis wordt daardoor soms dwang toegepast zonder dat daarvoor een passend wettelijk kader is. Het tweede punt van kritiek is dat de Wet Bopz niet bij de doelgroepen van verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric past. Het karakter van deze wet is volgens deze sectoren te juridisch en vooral te medisch. Qua terminologie en mentaliteit van de sector komt dat nooit goed aan.

Bij de derde evaluatie in 2007 was de conclusie dat de Wet Bopz op de schop moest. De evaluatiecommissie vond dat de Wet Bopz 'onherstelbaar was verbeterd': er waren te veel wijzigingen doorgevoerd om nog adequaat te kunnen functioneren. 'Wonderlijk' is het feit dat je iemand op grond van deze wet eerst van zijn vrijheid moet beroven om hem daarna pas de zorg te kunnen geven, zonder dat er een garantie bestaat dat dit ook de zorg is die hij nodig heeft. Een ander belangrijk kritiekpunt is dat de wet in de psychiatrie een 'verdelend karakter' heeft die nog voortvloeit uit de antipsychiatrie. De patiënt en de familie

worden tegenover elkaar gezet en ook de dokter en de jurist. De actoren die de wet heeft aangewezen hebben in de praktijk bovendien een geheel andere rol gekregen dan de wetgever ooit bedoelde. Er zou een andere wet moeten komen die de reguliere psychiatrie en de forensische zorg beter met elkaar zou moeten verbinden. In de forensische klinieken zitten in toenemende mate gewone psychiatrische patiënten, bijvoorbeeld met ernstige schizofrenie, die ergens in de reguliere psychiatrie 'van de wagen zijn gevallen' en na het plegen van een (ernstig) misdrijf in de forensische psychiatrie terecht zijn gekomen. Als deze sectoren beter op elkaar aansluiten kan hier iets aan gedaan worden. De ontwikkelingen met betrekking tot de Wvggz kan dus niet los gezien worden van de Wet forensische zorg.

Die derde evaluatie heeft dus de aanzet gegeven voor de Wvggz.

2.2 Overeenkomsten tussen Wvggz en Wet zorg en dwang

Als twee wetten worden gemaakt die op vergelijkbare terreinen zien, bestaat volgens Zuiderhoudt de juridische neiging om vooral naar de verschillen te kijken. Hij focust daarom 'anti-juridisch' op de overeenkomsten die beide wetten markeren. Het is van belang te zien dat beide wetten weliswaar verschillend zijn, maar dat de basis hetzelfde hoort te zijn. Zuiderhoudt loopt tien onderdelen na waarbij sprake is van een overeenkomst.

- 1 Beide wetten beogen een versterking van de positie van de patiënt.
- 2 Er wordt niet minder dan een cultuuromslag in het veld verwacht. De sectoren moeten heel anders met dwang omgaan en de twee wetten moeten dit bewerkstelligen.
- 3 Het vertrekpunt is vrijwillige zorg geworden. Dwang blijft uitzonderlijk. Dwangopneming dat nog het voorliggende thema in de Wet Bopz is, wordt echt een sluitstuk: een uiterste middel als niets anders dan dwang meer helpt.
- 4 Er wordt aansluiting gezocht bij moderne zorg: extramuralisering, managed care, de zorg moet multidisciplinair zijn en op maat.
- 5 De regelingen zijn daarom ook persoonsgebonden. Dit betekent een elementaire breuk met het locatiegebonden karakter van de Wet Bopz.
- 6 Beide wetten kennen een procedurele opzet. Hier valt veel over te discussiëren wanneer het gaat om rechtsbescherming.

- 7 De nadruk in de twee wetten wordt gelegd op algemene beginselen, zoals bijvoorbeeld het *ultimum remedium-principe*, doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.
- 8 Er wordt gestreefd naar een adequate rechtsbescherming.
- 9 Er is voorzien in een eenvoudig opnemingsregime, met nog maar één machtiging en één spoedmaatregel.
- 10 Beide wetten proberen aan te sluiten bij somatische zorg en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

2.3 Wet zorg en dwang

De aanbeveling van de Raad van State was dat het woord 'dwang' uit de citeertitel moest. Dit woord komt namelijk in de wet niet voor. Die aanbeveling is door de staatssecretaris niet overgenomen om het uitzonderlijke en ingrijpende karakter van dwang te benadrukken. Dat roept de vraag op wat dwang precies is. Er ontstaat dan een hele interessante discussie waarvan de kern is dat dwang eigenlijk tot een soort containerbegrip verwordt. Niet-vrijwillige zorg is dan de zorg die niet kan bogen op *informed consent*. Er is dus geen bereidheid maar ook geen bezwaar. Er is geen verzet, maar misschien ook wel omdat de patiënt geen verzet (meer) kan geven. Onvrijwillige zorg is dan de zorg die onder verzet van de patiënt gegeven wordt. Het verzet wordt daarbij gedeut naar aard, richting en achtergrond.

De wet richt zich op personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Dat is nogal wat. Wat is een psychogeriatrische aandoening? Die term is nieuw als wettelijke omschrijving. Iedereen snapt wat bedoeld wordt, maar om die reden geeft het ook ruimte voor interpretatie. Het is een pragmatische term, want een psychogeriatrische aandoening rechtvaardigt onvrijwillige zorg in een psychogeriatrische instelling. Daarmee is het tautologische karakter van het begrip wel gegeven. Het is ook niet gangbaar in internationale systemen. Dat is misschien niet zo erg. Artikel 5 lid 1 sub e van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) kent ook geen 'nosologische ideaaltype' door geesteszieken in één adem te noemen met verslaafden aan verdovende middelen en landlopers.

De dwangtoepassing wegens ernstig nadeel richt zich op de personen die ook al onder het oude regime van de Wet Bopz vielen, maar daarnaast ook op psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten die zorg krijgen waarom zij niet hebben gevraagd, waarmee zij niet hebben ingestemd of waartegen zij zich verzetten. Dat is de 'ambulantisering' die deze wet voorstaat. Volgens Zuiderhoudt reikt dit ver. Het gaat over allerlei vormen van AWBZ-zorg die buiten de instelling beroeps- of bedrijfsmatig verleend wordt. Dat is in feite alles wat er voor deze mensen gebeurt, zolang het geen mantelzorg is. Dat is een immense uitbreiding van de wet ten opzichte van nu.

De Wet zorg en dwang kent vijf vormen van onvrijwillige zorg. Het bijzondere is dat sommige interventies vanwege hun ingrijpende karakter als onvrijwillige zorg worden beschouwd ook al worden ze geacht met *informed consent* te zijn gegeven. Dit doet zich voor bij het toedienen van medicatie aan cliënten vanwege hun psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, die van invloed is op hun gedrag of de bewegingsvrijheid en bij maatregelen die tot gevolg hebben dat cliënten enige tijd in hun bewegingsvrijheid worden beperkt. Dus mensen die bijvoorbeeld vrijwillig sederende medicatie nemen vallen daarmee onder de wet. Zuiderhoudt noemt dit een interessante ontwikkeling.

Een andere ontwikkeling is dat er een keuze is gemaakt om de samenloop met somatiek vorm te geven. Dat is een radicale keuze geweest. Men heeft 'een scalpel gepakt' en artikel 7:450 lid 1 en 2 en de artikelen 7:465 en 466 Burgerlijk Wetboek (BW) uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) 'gesneden'. Dat wil dus zeggen dat die wetsonderdelen niet van toepassing zijn op mensen die onder het wettelijk regime van de Wet zorg en dwang vallen. Die wet is dan overal van toepassing, ook vindt behandeling in het kader van somatiek plaats, bijvoorbeeld in een algemeen ziekenhuis. Dat betekent dat de ziekenhuissector en andere sectoren waar dit speelt wel vertrouwd zullen moeten zijn met deze wet.

Vervolgens loopt Zuiderhoudt met 'zevenmijlslaarzen' door het wetsvoorstel heen. Hij wijst nog op het feit dat de geneesheer-directeur in de Wet zorg en

dwang niet...
caliseren. H...
voor de Ge...
zeer royaal...
waarbij de...
den in de (p...
patiënt of v...
kan verder...
ken. Tot sl...
commissie...
'zwaar' om...
missie-plu...
van de inst...
naliseerd,
klachten p...

2.4 De W...
De Wvgg...
Bopz. De v...
net anders...
dwang. O...
gen, niet c...
Daarmee...
geven aan...
sluiting w...
tuur in ve...

De Wvgg...
probeert...
stramien...
dium exp...
sidiariteit...
ciet voor...
nieuwe z...
betreft al...
mee de d...
wanneer...
lijke inte...
levenssf...
moet sta...
tweede b...
betrokke...

Om ond...
of crisis...
Wet Bop...
(schade)...
naast me...
gangspu...

dwang niet meer bestaat, omdat men wilde ontmedicaliseren. Het toezicht is neergelegd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en er is voorzien in een zeer royaal arsenaal aan handhavingsmogelijkheden, waarbij de Inspectie bijvoorbeeld ook kan binnentreden in de (privé)woning van de psychogeriatrische patiënt of verstandelijk gehandicapte. De Inspectie kan verder alle dossiers inzien en alle cliënten spreken. Tot slot is voorzien in een zware klachtencommissie. Die commissie moet worden gezien als 'zwaar' omdat het een soort Bopz-klachtencommissie-plus is. De commissie is op een grote afstand van de instelling gezet en is veel meer geprofessionaliseerd, bijvoorbeeld omdat zij minimaal vijftig klachten per jaar moet behandelen.

2.4 De Wet verplichte ggz

De Wvvgz is een iets compactere wet dan de Wet Bopz. De wet begint met begripsbepalingen, die weer net anders omschreven zijn dan in de Wet zorg en dwang. Ook in deze wet is de term 'gevaar' vervangen, niet door 'ernstig nadeel' maar door 'schade'. Daarmee is niet beoogd een andere betekenis te geven aan het gevaarscriterium, maar heeft men aansluiting willen zoeken bij internationale nomenclatuur in verdragen.

De Wvvgz is geen opnamewet meer maar een wet die probeert mensen zo lang mogelijk in een vrijwillig stramien te houden. Dwang wordt als ultimum remedium expliciet geformuleerd. Ook de begrippen subsidiariteit, proportionaliteit en effectiviteit zijn expliciet vooraan in de wet geplaatst. En er zijn twee nieuwe zaken die je niet in de Wet Bopz ziet. Dit betreft allereerst het wederkerigheidsbeginsel, waarmee de derde evaluatiecommissie bedoeld heeft dat wanneer de overheid met dwang vrijheid, lichamelijke integriteit of bescherming van persoonlijke levenssfeer van mensen afneemt, daar iets tegenover moet staan, namelijk een menswaardig bestaan. Een tweede belangrijk onderscheid met de Wet Bopz is de betrokkenheid van familie en naasten.

Om onder de Wvvgz te vallen is een zorgmachtiging of crisismaatregel nodig. Daarvoor is net als bij de Wet Bopz nodig een psychiatrische stoornis, gevaar (schade) en een causaal verband daartussen. Daarnaast moet zijn voldaan aan de bovengenoemde uitgangspunten. Er zijn ook vijf doelen (crisisituatie,

opstellen zorgplan, geestelijke gezondheid stabiliseren, geestelijke gezondheid herstellen, fysieke gezondheid stabiliseren of herstellen) geformuleerd waarop de zorgmachtiging dient te zijn gericht. Dit is ruimer dan onder de Wet Bopz.

Een belangrijk nieuw onderdeel is de commissie, bestaande uit een jurist, een psychiater en een algemeen lid. Die commissie adviseert en verzoekt, en is geen beslissende commissie. Evenmin is het een toezichthoudende commissie. Niet expliciet in de wet is vermeld dat de commissie ook een bemiddelende rol kan vervullen. De rechter hoeft niet veel te doen, omdat de commissie al heel veel kan uifilteren. De commissie neemt de rol van het openbaar ministerie (OM) over en schakelt een advocaat en vertrouwenspersoon in. Daarnaast zorgt zij voor een medische verklaring en wijst zonodig een zorgverantwoordelijke aan.

De zorgverantwoordelijke, de behandelaar, levert een zorgkaart aan. Hierin moet staan wat de voorkeuren van de patiënt zelf zijn. Ook stelt de zorgverantwoordelijke een zorgplan op. Dit gaat vervolgens naar de commissie. Deze houdt een hoorzitting. Hier komen in elk geval de verzoeker, de betrokkene, de (wettelijk) vertegenwoordiger, de zorgverantwoordelijke en de advocaat aan het woord. Daarnaast kunnen ook andere personen gehoord worden als dit nodig is. De commissie gaat dan na of voldaan is aan alle vereisten voor verplichte zorg en licht dan vervolgens de betrokkenen in. Alle verzamelde stukken, inclusief het advies van de commissie, gaan naar de rechter. De rechter kan het advies vervolgens overnemen, maar ook gemotiveerd van het advies afwijken. De uiteindelijk verstrekte zorgmachtiging is een uitvoerig rechterlijk oordeel. De zorgmachtiging wordt door de commissie ten uitvoer gelegd.

De inbewaringstelling is ook in de Wvvgz teruggekomen, niet zoals in de Wet zorg en dwang als inbewaringstelling (ibs), maar als een crisismaatregel, met een duur van maximaal drie dagen. De commissie draagt de interventie voor aan de burgemeester. Interessant bij de crisismaatregel is dat die voorziet in een lacune van de Wet Bopz: in de nieuwe wet mag dwang worden toegepast om de patiënt veilig te stellen, al voordat de crisismaatregel geëffectueerd is.

Verplichte zorg wordt weliswaar gelegitimeerd met een zorgmachtiging, maar voor een daadwerkelijke toepassing van verplichte zorg zal de zorgverantwoordelijke moeten kunnen motiveren waarom hij de interventie nodig acht.

De directeur zorgkwaliteit (de vroegere geneesheer-directeur) neemt het voortouw bij de beëindiging van de zorgmachtiging, maar ook de commissie zal een oordeel moeten uitspreken. Worden de directeur en de commissie het niet eens, dan beslist de rechter. Op deze manier wordt bewerkstelligd dat ook aan de 'achterkant' een doorlopend traject van zorg plaatsvindt. In de huidige situatie komt het nogal eens voor dat mensen te vroeg worden ontslagen en dan tussen de wal en het schip terecht komen.

In de Wvggz wordt net als bij de Wet zorg en dwang het locatiegebonden denken losgelaten en kan in ambulante situaties dwang worden toegepast. Dat leidt tot een verruiming van het dwangarsenaal. Zo kan bijvoorbeeld onder dwang bloed worden afgenomen of urineonderzoek plaatsvinden. Verder kan de woonruimte van een cliënt worden onderzocht op verboden voorwerpen of kunnen poststukken worden onderzocht.

In de Wvggz is wederom voorzien in een uitvoerige klachtenprocedure. Net als bij de Wet zorg en dwang zie je verder in deze wet dat het toezicht door de Inspectie gepaard gaat met een enorm pakket aan bevoegdheden. Anders dan bij de Wet zorg en dwang is in de Wvggz voorzien in een regeling van de positie van de advocaat en de vertrouwenspersoon.

2.5 Tot slot

Aan het slot van zijn presentatie grijpt Zuijderhoudt terug op een zin uit de memorie van toelichting die hem trof: "Het wetsvoorstel strekt ertoe om voorwaarden te scheppen voor goede zorg". Volgens hem is er geen pakkender zin te vinden die het afscheid van het gedachtegoed van de Wet Bopz beter weer geeft.

Beide wetten beogen rechtsbescherming te geven. De Wet zorg en dwang kiest daarbij voor een spectaculaire vergroting van de reikwijdte. Het loon van deze aanpak, waarbij onvrijwillige zorg ook buiten de instelling onder de wet zal vallen, is scherpe, onbarmhartige kritiek vanuit de Tweede Kamer.

Eigenlijk kan de wetgever het op dit terrein ook bijna niet goed doen. De keus is ofwel het gedogen van vrijheidsbeperkingen buiten de muren van de instelling. Dan vindt het parlement dit schande, want het gebeurt allemaal maar. Of het wordt wel allemaal binnen het wettelijk kader gebracht en dan reageert het parlement met de opmerking dat dwang te veel wordt gelegitimeerd en alles wordt gejuridiseerd. Dit is een lastig dilemma. Bovendien is er de kritiek dat 'een knieval voor de sectoren' wordt gemaakt, terwijl dit vooraf duidelijk was aangekondigd in de Contourenbrief.

Bij de Wvggz bestaat het gevaar van soortgelijke kritiek. Hier wordt eveneens de vrije ruimte van cliënten buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis ingeperkt. De Wet Bopz had op dit onderdeel een wat sympathieker uitgangspunt: deze is zodanig ingericht dat bescherming wordt geboden tegen het fundamentele wantrouwen dat tegen 'de dokter' bestaat. Het parlement vond dat dit fundamentele wantrouwen in de zorg meer hinder dan bescherming gaf. De zelfbindingsverklaring is hier het product van. Dit werkt in de praktijk ook niet goed. In de Wet Bopz is daarnaast voorzien in bescherming door een aantal 'waakhonden' die in individuele gevallen de patiënt kunnen bijstaan, zoals de burgemeester, het OM en de Inspectie. Deze actoren hebben echter in de praktijk hun taak een invulling gegeven die de patiënt niet al te veel illusies op bescherming moet geven.

Het is daarom de vraag wat de Wvggz de individuele patiënt aan concrete rechtsbescherming gaat bieden. Enerzijds krijgt hij juridisch heel veel bevoegdheden, maar aan de andere kant wordt in de nieuwe wet ook al een terugkeer naar het geen-bezwaar criterium gezien. De meeste rechtsbescherming zit uiteindelijk ook niet in toezicht of klachtenprocedures, maar wordt ontleend aan direct menselijk contact dat primair op bemiddeling is gericht. Dit is misschien juridisch wat minder hard, maar van evidente betekenis. Hierin verschillen de nieuwe wetten wel. Hoewel in beide wetten naast een sterke positie verwerven, ontbreekt in de Wet zorg en dwang een regeling van de vertrouwenspersoon en wordt de advocaat niet toegewezen indien de patiënt daartegen bedenkingen heeft. Wat moet je daarvan vinden als het gaat om personen met een verstandelijke beperking of dementie? De rechter komt daar pas in beeld als het

gaat om de
een vertrouw
weggelegd
zich hier u
Het risico
soort opge
waarbij de
verd aan d

Zuijderho
stuursrech
verstande
De zorgaa
directeur
beneming
een thuisz
vroeger de
men? Hoe
advocaat
gemedica
toren te m
'compe
tieve medi
van het E
over dit o

Zuijderho
te verond
Bopz nog
Koning W
'interdict
toen ging
standje, r
dat het bi
om 'bewa
waardig
maar de
centraal
focus te v
bare orde
wetten z
het besef
moet. W
dat de gr
een prob
wikkelir
voorbee

gaat om dwangopneming. Bij de Wvggz zit dus wel een vertrouwenspersoon en is een bemiddelende rol weggelegd voor de commissie. De rechter spreekt zich hier uit over het hele traject van verplichte zorg. Het risico bestaat wel dat de zorgmachtiging een soort opgepluste voorwaardelijke machtiging wordt, waarbij de patiënt binnen ruime kaders is overgeleverd aan de hulpverlener.

Zuijderhoudt noemt het verdwijnen van het bestuursrechtelijke karakter in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg een punt van zorg. De zorgaanbieder en niet meer de geneesheer-directeur beslist over zaken als dwang en vrijheidsbeneming. Wat betekent dat? Gaat de manager van een thuiszorgorganisatie beslissingen nemen die vroeger door de geneesheer-directeur werden genomen? Hoe zijn rechten dan gewaarborgd? Waar is de advocaat? Dwangtoepassing is op Europees niveau gemedicaliseerd, dat is een realiteit waarmee de sectoren te maken hebben. Er moet sprake zijn van een 'competent authority' die beslist op basis van 'objective medical expertise'. Er is tal van jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens over dit onderwerp.

Zuijderhoudt concludeert dat het niet realistisch is te veronderstellen dat in de komende jaren de Wet Bopz nog voldoet. Hij besluit met het volgende. Koning Willem I ging op 11 april 1818 al over van een 'interdiction' naar een 'menschlievend besluit'. Ook toen ging het niet zozeer om een juridisch hoogstandje, maar om een cultuuromslag. Willem I vond dat het bij die regelgeving niet in de eerste plaats ging om 'bewaring van de lijdens' maar had een menswaardig bestaan voor ogen. Niet de openbare orde maar de zorg voor psychiatrische patiënten diende centraal te staan. Tegenwoordig dreigt opnieuw de focus te vervagen door de dominantie van de openbare orde en het economisch nutsdenken. Nieuwe wetten zullen alleen maar werken als de sectoren zelf het besef van urgentie ontwikkelen dat het anders moet. Wanneer zij zich bewust worden van het feit dat de groei naar 18.000 dwangopnemingen per jaar een probleem op zich is. De overheid dient bij de ontwikkeling van dat besef van urgentie zelf het goede voorbeeld te geven.

3 DE WVGZ EN DE ROL VAN DE PSYCHIATER

De eerste coreferent, dr. A.J.K. Hondius, is psychiater en geneesheer-directeur van de Meerkanten en daarnaast voorzitter van de Vereniging geneesheren-directeuren Nederland. Hij reageert op de Wvggz.

3.1 Vier rollen voor de psychiater

In de versie van de Wvggz die naar de Raad van State is gezonden zaten vier rollen voor de psychiater: 1) de zorgverantwoordelijke, dat wil zeggen de behandelaar in een opnamefaciliteit of in een ambulante setting; 2) de gespecialiseerde autonome arts, oftewel de beoordelaar in het kader van een geneeskundige verklaring; 3) lid van de commissie; 4) directeur zorgkwaliteit, de vroegere geneesheer-directeur.

Onder de Wet Bopz is een psychiater nog een heel autonoom werkende professional. Hij doet psychiatrisch onderzoek, stelt een diagnose, stelt een behandelingsplan op en is daar zelf verantwoordelijk voor. Hij neemt individuele beleidsbeslissingen en manageert zijn eigen informatievergaring, overleg en advies. Deze psychiater wil zo efficiënt mogelijk werken en kan handelen binnen wettelijke kaders.

De Wvggz moet in ieder geval zorgen dat psychiaters hun werk kunnen blijven doen. Daarnaast moeten zij ook in staat worden gesteld om een zorgkaart en zorgplan te formuleren. Dat vraagt extra inspanningen en daar moet ondersteuning voor komen. Psychiaters moeten efficiënter gaan werken. Het feit dat ze stukken moeten gaan aanleveren aan de commissie geeft in ieder geval een prikkel om meer efficiëntie te betrachten. Een schrikbeeld voor psychiaters is wel dat de autonomie enigszins verloren gaat en dat de commissie gaat voorschrijven hoe er ge- of behandeld moet worden. Hondius vindt dat die autonomie wel behouden moet blijven.

De tweede rol is die van beoordelend psychiater. De psychiater die deze taak op zich neemt heeft op dat moment geen behandelrelatie met degene die hij moet beoordelen. Dit kan geregeld worden in een soort piketdienst en dat gebeurt onder de Wet Bopz ook vaker. Een psychiater moet dan een week lang dit soort beoordelingen doen. Deze taak wordt in de praktijk onder de Wet Bopz heel verschillend ingevuld en niet altijd even goed.

De nieuwe wet verandert aan die beoordelende taak, die nu ook al bestaat, niet zoveel. Hondius vindt dat niet iedereen een beoordeling zou mogen doen. Er zou een soort voorbehouden handeling van kunnen worden gemaakt. De beoordelaar zou een training moeten hebben om de wet te snappen. Meer aandacht zou moeten worden gegeven aan het bepalen van het causale verband tussen stoornis en schade. Afgevraagd kan worden of een beoordeelend psychiater niet ook de wilsbekwaamheid van de patiënt zou moeten vaststellen. Ook zou hij een bijdrage kunnen leveren in de beoordeling van de wensen van de patiënt bij het opstellen van de zorgkaart al dan niet in combinatie met een eventuele 'maatschappelijke beoordelaar' vanuit het familieperspectief.

De derde rol is die van lid van de commissie. Ook hier is het belangrijk dat de psychiater die erin zit verstand van zaken heeft. Er moeten eisen worden gesteld aan een psychiater die lid is van de commissie. Hij moet kennis hebben van sociale en chronische psychiatrie, en van de ambulante en klinische mogelijkheden in de regio. Daarnaast moet hij een regionaal netwerk hebben. Ook moet hij geschoold zijn in het gezondheidsrecht.

De vierde rol is die van geneesheer-directeur (directeur zorgkwaliteit). In het algemeen is die geen directeur in de huidige situatie: hij is belast met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in een psychiatrisch ziekenhuis. In de ggz is dit altijd een psychiater. Er zijn in Nederland veel manieren waarop de taak van een geneesheer-directeur wordt ingevuld. Zo is er de 'Bopz-only'-variant, waarbij de geneesheer-directeur de taken van de Wet Bopz op zich neemt. Er zijn echter ook andere varianten, waarbij andere gezondheidsrechtelijke wetgeving in ogenschouw wordt genomen. De meeste geneesheren-directeuren hebben een meer brede taakopvatting en komen dan in aanraking met andere zaken. Hondius noemt als voorbeelden dwang onder de WGBO, beroepsgeheim, beroepsprocedures en contacten met het OM en de Inspectie. In 2008 heeft de Vereniging geneesheren-directeuren een standaard gemaakt, waarbij is vastgesteld hoe geneesheren-directeuren hun taak in zouden moeten vullen.

In de nieuwe wet wordt de taak van de directeur zorgkwaliteit toch meer die van doorgeefluik. Hondius vindt dit jammer. Hij vindt dat de directeur zorgkwaliteit toch wat meer gezag zou moeten hebben om de rechtsbescherming van de patiënt goed te kunnen beoordelen. Wel is het belangrijk dat de directeur zorgkwaliteit extern aanspreekpunt is (commissie, Inspectie). De rol van de directeur zorgkwaliteit zou moeten worden verbreed. Dat zou kunnen gebeuren door die ook in andere wetgeving tot uitdrukking te laten komen. Nieuw is dat patiënten niet zomaar uit een instelling ontslagen kunnen worden. Een directeur zorgkwaliteit moet goed uit kunnen leggen waarom hij iemand ontslaat. Het wordt wel spannend hoe zo'n commissie daar mee om zal gaan. Hondius pleit ervoor dat een directeur zorgkwaliteit meer als een intern toezichthouder gaat fungeren.

3.2 Voor- en nadelen

Voordelen van de wet zijn vooral van sociaal-psychiatrische aard. Het grootste voordeel is dat ambulante dwang mogelijk wordt gemaakt. Hondius vindt het belangrijk dat mensen in hun eigen omgeving behandeld kunnen worden. Een ander voordeel is dat de autonomie van de patiënt meer centraal wordt gesteld, bijvoorbeeld door de introductie van de zorgkaart. Winst is ook dat de familie meer bij de besluitvorming wordt betrokken, ook als het om dwang gaat.

Er zijn ook nadelen. De naamgeving is bijvoorbeeld nogal ongelukkig. Veel begrippen sluiten niet goed aan, bijvoorbeeld het begrip zorgverantwoordelijke of directeur zorgkwaliteit. Maar daar valt mee te leven. Ziekenhuispsychiaters vinden dat de wet nu wel erg sociaalpsychiatrisch is ingevuld. Ook vindt men dat de professionele autonomie onder druk komt te staan. Een belangrijk kritiekpunt is verder dat psychiaters vinden dat er niet altijd een praktische meerwaarde van de adviescommissie uitgaat. Het gevaar bestaat dat het allemaal te 'stroperig' wordt. Bijvoorbeeld als evident is dat iemand lijdt aan een psychiatrische stoornis. Wat moet daar dan allemaal nog over gezegd worden?

3.3 Enk
Van bela
goed gein
naast de
ook verk
ving van
bracht, d
perspect
missie bi
waardoo
personen
door per

Verder z
den uit r
met de (z
nen logis
ters zou
verklar
den zij p
dergelij
samenw

4 MIN
ZOR

Mevrou
lijk geh
persoon
de Neder
standelij
implicat
standelij

De react
positief.
wet sluit
de psych
behande
handicap
gezorgd
ven in de
verstand
delijke b
Die aanc
reguliere
cliënten
gevolg v
in de ver

3.3 Enkele suggesties voor verbetering van het voorstel
Van belang is volgens Hondius vooral dat de rechter goed geïnformeerd wordt. Daarom vindt hij dat naast de geneeskundige verklaring van de psychiater ook verklaringen van andere mensen uit de omgeving van de patiënt zouden kunnen worden ingebracht, dus een verklaring vanuit maatschappelijk perspectief. De rechter zou 'de verklarenden' in commissie bijeen kunnen roepen en hen kunnen horen, waardoor de rechter breed geïnformeerd wordt door personen die de patiënt zelf hebben onderzocht en door personen die de patiënt goed kennen.

Verder zou de commissie samengesteld moeten worden uit regionale personen. Deze zijn immers bekend met de (zorg)mogelijkheden binnen de regio en kunnen logistiek snel bijeen geroepen worden. Psychiaters zouden alleen maar mee mogen doen met een verklaring van bevoegd- en bekwaamheid. Die zouden zij pas mogen krijgen na voldoende training. Een dergelijke training zou kunnen worden opgezet door samenwerkende gezondheidsjuristen en psychiaters.

4 MINDER BEPERKINGEN DOOR DE WET ZORG EN DWANG!?

Mevrouw drs. A.D. Dijkgraaf is arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) bij Reinaerde en contactpersoon van de commissie wet- en regelgeving van de Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG). Zij gaat in op de implicaties van de Wet zorg en dwang voor de verstandelijk gehandicaptenzorg.

De reacties van collega's in het veld zijn gematigd positief. Het zou misschien wel kunnen werken. De wet sluit meer aan op de praktijk. De Wet Bopz is op de psychiatrie gericht en gaat ervan uit dat mensen behandelbaar zijn. Dat is in de verstandelijk gehandicaptenzorg niet zo. In deze sector wordt veelal gezorgd voor mensen die zich niet kunnen handhaven in de normale maatschappij. Mensen met een verstandelijke beperking hebben naast hun verstandelijke beperking vaak psychiatrische aandoeningen. Die aandoeningen komen hier meer voor dan in de reguliere maatschappij. Om die reden en omdat deze cliënten dikwijls gedragsproblematiek vertonen als gevolg van hun verstandelijke beperking heeft men in de verstandelijk gehandicaptenzorg vaker te

maken met de Wet Bopz. Het kader dat die wet stelt is echter niet altijd passend. Het gaat 'met hangen en wurgen'. Er zijn veel locaties die niet Bopz-aangemerkt zijn en dat geeft serieuze problemen. Er worden daar nogal eens middelen of maatregelen toegepast. Volgens de Wet Bopz zou dit eigenlijk niet mogen, maar verhuizen is ook geen optie.

De verstandelijk gehandicaptenzorg is bij uitstek multidisciplinair ingevuld. Het is niet zo dat de AVG een dominante rol inneemt. Daarom vindt Dijkgraaf dat naast haar een gedragsdeskundige had moeten staan: een orthopedagoog of gz-psycholoog. Deze gedragsdeskundige en de AVG werken als een soort tandem, waarbij de eerste misschien nog wel belangrijker is dan de arts. De arts komt vooral in beeld als sprake is van somatische of psychiatrische aandoeningen. De gz-psycholoog gaat meer over de normale en dagelijkse zorg.

4.1 Voordelen

In weerwil van de kanttekeningen die Zuiderhoudt heeft geplaatst bij het verdwijnen van de geneesheer-directeur in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg, is men in de laatste sector juist blij dat de functie van geneesheer-directeur komt te vervallen. Die rol past niet bij de functie van AVG, al is een voordeel daarvan dat artsen als gevolg van die wet meer invloed hebben gekregen bij de directie. Dat valt niet te ontkennen, hoewel dit uiteraard niet het doel is van de Wet Bopz.

Een belangrijk voordeel van de Wet zorg en dwang is verder dat de rol van de AVG bij het afgeven van een geneeskundige verklaring veel duidelijker wordt. Onder de Wet Bopz moet een psychiater (en niet een AVG) een geneeskundige verklaring afgeven. Psychiaters hebben echter veelal onvoldoende kennis van zaken als het gaat om verstandelijk gehandicapten. Zij zijn wel in staat geneeskundige verklaringen af te geven bij psychiatrische problemen bij licht verstandelijk gehandicapten. Gaat het om andere categorieën verstandelijk gehandicapten dan ontbreekt die kennis. Er worden in dat geval andere afwegingen gemaakt dan een AVG zou doen.

Een goede verbetering is dat het onder de nieuwe wet verplicht wordt om een mentor aan te stellen als er geen familie is. Dit levert in de praktijk namelijk dikwijls problemen op.

4.2 Nadelen

Toch zijn er ook kritiekpunten. De belangrijkste is dat de wet leidt tot juridisering en vergroting van de administratieve lasten. Dijkgraaf geeft drie voorbeelden.

- 1 Het verstrekken van medicatie die invloed heeft op het gedrag wordt nu niet beschouwd als middel of maatregel, mits de wettelijk vertegenwoordiger akkoord is en de patiënt zich niet verzet. Straks dient dit te worden beschouwd als onvrijwillige zorg. Hier zal zich een groot grijs gebied voordoen. Bijvoorbeeld het toedienen van anti-epileptica. In de verstandelijk gehandicaptenzorg komt epilepsie veel voor, waarvoor deze medicatie verstrekt zal worden. Maar anti-epileptica worden ook gebruikt als gedragsregulerende medicatie. Het zou dan onduidelijk kunnen zijn of de medicatie moet worden gezien als onvrijwillige zorg of als somatische behandeling.
- 2 Het lichamenlijk onderzoeken van verstandelijk gehandicapten onder dwang kan eveneens een probleem worden. Dwang in het kader van de WGBO is straks niet meer mogelijk. Mensen met een verstandelijke beperking vinden het bijvoorbeeld heel vervelend als je met een oorkijker hun oren onderzoekt en verzetten zich daartegen. Vaak wordt hun hoofd dan vastgehouden. Als daar onder de nieuwe wetgeving dan een hele procedure voor moet worden doorlopen, wordt het niet goed werkbaar.
- 3 Over maatregelen die het recht van de cliënt beperken om het eigen leven in te richten kunnen speciale categorieën hulpverleners worden aangewezen. Logischerwijs gaat het hier om de orthopedagoog of gz-psycholoog. Echter wanneer de zorgverantwoordelijke en de cliënt of diens vertegenwoordiger er niet uitkomen, moet de betrokken arts de doorslag geven. Dan wordt niet de uitzondering gemaakt dat de hulpverlener uit de nog nader te benoemen categorie(en) de doorslaggevende stem heeft. Als arts wordt je dan betrokken bij zaken waar je normaal niet bij betrokken wordt. Het betekent bijvoorbeeld dat als een cliënt met het niveau van een 11-jarige uit wil gaan en om 24.00 uur thuis wil komen, terwijl de groepsleiding wil dat hij om 22.00 uur thuis komt, de arts daar een beslissing in zou moeten nemen. Vraag is welke repercussies dit heeft op de arts-patiëntrelatie.

4.3 Andere aandachtspunten

Het kost moeite de rolverdeling die in de wet is beschreven te begrijpen. De zorgverantwoordelijke is in de huidige organisatie van de verstandelijk gehandicaptenzorg de persoonlijk begeleider. De zorgverleners zijn dan de andere begeleiders op de groep. De zorgverantwoordelijke krijgt een aantal taken toebedeeld waarvan afgevraagd moet worden hoe dit in de praktijk zal uitwerken. Hebben persoonlijk begeleiders daar wel de goede opleiding voor? Kunnen zij die verantwoordelijkheden wel aan? Daar zal goed naar gekeken moeten worden.

Als er geen overeenstemming bestaat tussen zorgverlener enerzijds en cliënt en/of vertegenwoordiger anderzijds moet de arts ineens een beslissing gaan nemen. De AVG wordt daarmee een soort rechter. Volgens Dijkgraaf past die rol niet goed bij hem. Zoals gezegd heeft hij ook zijn patiënt-artsrelatie. Wat betekent het voor die verhouding als ingeval van een conflict een beslissing genomen moet worden?

Tot slot is een aandachtspunt de verhouding met andere wet- en regelgeving. Anders dan de psychogeriatric heeft de verstandelijk gehandicaptenzorg ook met kinderen en jeugdzorg te maken. Hoe verhoudt de Wet zorg en dwang zich tot de wetgeving die op deze doelgroepen van toepassing is? Met de Wvvgz zal eveneens zeker samenloop ontstaan. Er zijn immers veel cliënten die ook psychiatrische problematiek hebben. Omgekeerd zullen psychiaters ook te maken krijgen met mensen met een verstandelijke beperking. Het kan verwarrend zijn wanneer je dan te maken hebt met verschillende wettelijke kaders.

5 DISCUSSIE

5.1 Wilsbekwaamheid

Prof. mr. J.K.M. Gevers meent zich bij de opening van de discussie te herinneren dat wilsonbekwaamheid bij de verschillende Bopz-evaluaties een belangrijke plaats innam. Hij krijgt uit de verschillende presentaties de indruk dat wils(on)bekwaamheid in de nieuwe wettelijke kaders niet zo'n rol meer speelt. Hondius merkt op dat psychiaters die discussie over wils(on)bekwaamheid graag praktisch willen houden. Hij verwacht veel discussie over de invulling van het begrip, vooral tussen de commissie en de psychiaters. Dijkgraaf en Zuiderhoudt stellen dat het

begrip wils
is. De besch
uitgaat lav
omdat het
wils(on)be
dat in de W
staan die d
bescherme
vertegenwo
zover de cl
Vanuit
wilsonbek
worden ve
Zuiderhou
kwaamhe
tie nodig is
cliënt niet

5.2 Is kn
Zuiderhou
tatie over
over de co
resultaten
Gevers vra
de wensel
gegaan wo
een kwest
houdt her
de pilot af

Een recht
waarin de
Hij zegt h
commissie
'gezondig
zonder da
grondslag
delijk ond
wogen ke
niet terech
geerd op
er immer

5.3 Eén
Prof. mr.
stelling. H
worden n
geestelijk
Toch kan

begrip wilsonbekwaamheid wel degelijk van belang is. De bescherming die van de Wet zorg en dwang uitgaat laveert enigszins om het begrip heen, juist omdat het zo lastig is om te bepalen wanneer iemand wils(on)bekwaam is. Zuijderhoudt voegt daaraan toe dat in de Wet zorg en dwang hele aardige dingen staan die de wilsbekwaamheid van de cliënt extra beschermen. Zo wordt in deze wet vastgelegd dat een vertegenwoordiger slechts bevoegdheden heeft voor zover de cliënt wilsonbekwaam is.

Vanuit de zaal wordt opgemerkt dat het begrip wilsonbekwaamheid misschien beter zou kunnen worden verlaten, omdat het niet uit te leggen is. Zuijderhoudt stelt dat een concept van wils(on)bekwaamheid toch nodig blijft, omdat er een legitimatie nodig is voor het verlenen van zorg waar een cliënt niet om gevraagd heeft.

5.2 *Is kritiek op de pilotstudie geoorloofd?*

Zuijderhoudt verwonderde zich tijdens zijn presentatie over vroege meningen die naar buiten treden over de commissies. Hij acht het van belang dat de resultaten van de pilotstudie afgewacht worden. Gevers vraagt zich af of de principiële discussie over de wenselijkheid van de commissies niet uit de weg gegaan wordt door te suggereren dat het alleen maar een kwestie van praktische uitwerking is. Zuijderhoudt herhaalt zijn opmerking dat het van belang is de pilot af te wachten.

Een rechter uit Breda was coauteur van een artikel waarin de rol van de commissies werd bekritiseerd. Hij zegt het niet zo gek te vinden dat zij kritiek op de commissies hebben geuit. Het is de wetgever die 'gezondigd' heeft door te komen met een voorstel zonder dat daar een deugdelijk onderzoek aan ten grondslag lag. De wetgever had beter eerst een deugdelijk onderzoek kunnen doen alvorens een weloverwogen keuze te maken in een wetsontwerp. Het is niet terecht dat er niet zou mogen worden gereageerd op de keuze die de wetgever maakt. Het gaat er immers om de wet beter te maken.

5.3 *Eén of twee nieuwe wettelijke regelingen?*

Prof. mr. A.C. Hendriks richt de aandacht op de eerste stelling. Hij leest hierin dat gestreefd zou moeten worden naar één nieuwe wettelijke regeling voor de geestelijke gezondheidszorg. Hij onderschrijft dit. Toch kan hij zich voorstellen dat dit niet de primaire

behoefte is voor het veld. Het moet immers gaan om helderheid en goed toepasbare wetten. Dijkgraaf is het ermee eens dat beide wetten op elkaar moeten worden afgestemd. In de verstandelijk gehandicaptenzorg is men enigszins teruggekomen op de gedachte dat er per se twee afzonderlijke wetten moeten komen. Er ontstaat verwarring omdat de doelgroepen niet meer goed te onderscheiden zijn. Zij is daarom voorstander van een parapluwet, waarin voor de verschillende doelgroepen verschillende hoofdstukken komen. Tevens is zij van mening dat psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg van elkaar losgekoppeld kunnen worden wanneer er een parapluwet zou komen. Ook hier kan de problematiek sterk uiteen lopen. Psychogeriatricische patiënten hebben een normaal leven en een normale ontwikkeling gehad. Bij mensen met een verstandelijke beperking is dat niet zo. Dat kan wezenlijk andere problematiek meebrengen. In de verstandelijk gehandicaptenzorg gaat het daarnaast om kinderen, in tegenstelling tot de psychogeriatricie waar de mensen op oudere (in ieder geval volwassen) leeftijd in de zorg komen. Hondius vindt het een lastig probleem. Elk een aparte wet of één gezamenlijke heeft allebei zijn voor- en nadelen. Weliswaar vindt hij principieel dat er één wettelijke regeling zou moeten zijn, maar de zorgculturen van psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatricie zijn wezenlijk anders.

Mr. drs. R. Helle, specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts genoemd) en jurist, vindt eveneens dat er één wet zou moeten komen. De psychogeriatricie is volgens hem niet goed af te grenzen. Bovendien is er het probleem dat mensen met een vergelijkbare problematiek buiten de regeling vallen, bijvoorbeeld mensen met de ziekte van Huntington of Korsakov. Beide wetten gaan uit van verschillende concepten. De Wvvgz gaat veel meer uit van stoornis en wat dit meebrengt. Dat zou niet moeten. Je wilt immers gedwongen zorg geven aan mensen met een stoornis. Daarbij maakt het niet uit wat de oorsprong van die stoornis is. De Wet zorg en dwang gaat niet uit van de stoornis, maar van de interventie.

5.4 *De rol van de familievertegenwoordiger*

Prof. mr. W.R. Kastelein richt de aandacht op de familievertegenwoordiger. Zij heeft uit de presentatie van Zuijderhoudt begrepen dat er onder de Wvvgz meer informatie aan de familie zal worden

gegeven dan onder de Wet Bopz. Hoe is dit te rijmen met wils(on)bekwame patiënten die niet willen dat hun familie wordt geïnformeerd? Uit jurisprudentie blijkt ook dat veel patiënten liever geen relatie met hun familie hebben. Er is daarentegen ook een uitspraak van het tuchtcollege waarin wordt aangegeven dat de familie geïnformeerd moet worden, ook al wil de patiënt dit niet. Hoe zit het nu met de privacy van de patiënt in de nieuwe wet, is het niet zo dat hier ten onrechte geen rekening mee wordt gehouden?

Zuijderhoudt onderschrijft dat de privacy in de nieuwe wet een punt van aandacht zou moeten zijn. Overigens stelt hij dat ook de Wet Bopz eigenlijk heel privacyongevoelig is. Ook hier moet de familie op tal van plaatsen geïnformeerd worden, ongeacht de wens van de patiënt. Aan de andere kant heeft de familie er recht op te weten wat er gebeurt. Er is dus sprake van een spanningsveld. Het zou best kunnen gebeuren dat de commissie zelf beslist welke informatie wordt teruggegeven aan de verzoeker. Die informatie zou summier kunnen zijn als de patiënt niets voelt voor informatie aan familie en uitgebreider als dit bezwaar er niet is.

5.5 Ongewenste jurisdisering

Mr. W.J.A.M. Dijkers, rechter in Groningen, wijst tot slot op het gevaar van verdere jurisdisering. De rechterlijke machtiging is ooit bedacht omdat men het

van belang vond dat diepingrijpende beslissingen een toets van de rechter behoeft. Bij de zorgmachtiging gaat het niet meer alleen over opneming, maar zal de te verlenen zorg in de volle breedte worden bekeken. Het gevaar bestaat daarbij dat er ofwel een 'megadebat' ontstaat ofwel dat het halve zorgplan wordt overgeschreven en de rechter blind zijn handtekening zet. Dijkers vindt dat teruggegrepen moet worden op het oorspronkelijke idee dat een heel ingrijpende beslissing moet worden voorgelegd aan de rechter en dat de rest door de behandelaars zelf 'uitgepolderd' moet worden buiten de rechter om.

Voorzitter Legemaate sluit af. Volgend jaar vindt de jaarvergadering plaats in het party- en congressentrum van Artis te Amsterdam. De preadviseurs zijn mevrouw mr. dr. M.C. Ploem, prof. mr. dr. D.P. Engberts en mevrouw mr. Y.D. Koster-Reidsma. De referenten zijn nog niet bekend.

Kroniek n zorgverz

Mr. J. Hall

1 INLEIDING

In deze kronie
dentie over de
Algemene W
van de afgelo
tendeert geen
tie te bieden.
te omvangrij
althans wat b
Klachten en C
Deze worden

In de hoof
Zvw, te begin
zekerde prest
de beoordelin
praktijk' een
macie (hfd. 3)
eel. Vervolge
de revue (hfd
van de verzek
welke maatst
met als hoof
komt de zorg
verdragsgere

De volgen
AWBZ. Ik be
bevoegdheid
komen de aan
thema's de fu
ding en de afl

In de volg
tiestelling aan
spraken over
besluit. Verde
stelling en in
gen. Wat bet
een reeks uits
voorziening

1. Judith Hal
voor zorgver
2. Zie voor h
overzicht on
2009.