



Universiteit
Leiden
The Netherlands

'De Wet Bopz houdt op te bestaan'

Hendriks, A.C.; Frederiks, B.J.M.

Citation

Hendriks, A. C., & Frederiks, B. J. M. (2019). 'De Wet Bopz houdt op te bestaan'. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 2019(163:D4505). Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/82402>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/82402>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

De Wet Bopz houdt op te bestaan

Wat betekent dat voor behandelend artsen en patiënten?

A.C. (Aart) Hendriks en Brenda J.M. Frederiks

Samenvatting

Op 1 januari 2020 wordt de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) vervangen door twee nieuwe wetten. Dit heeft voor behandelend artsen en patiënten de nodige gevolgen. De nieuwe wetten leggen de nadruk op behandelen in plaats van opnemen. Ook voorzien zij in meer vormen van behandeling thuis. Daar staan echter de nodige praktische en principiële knelpunten en afstemmingsproblemen tussen de wetten tegenover.

Per 1 januari 2020 houdt de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) op te bestaan. Deze wet regelt in welke gevallen psychiatrische patiënten, patiënten met een psychogeriatrische aandoening en patiënten met een verstandelijke beperking mogen worden opgenomen in een instelling. Vanaf het nieuwe jaar gelden er voor deze patiënten twee wetten: de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). De Wvggz gaat over patiënten met een psychische stoornis en de Wzd over patiënten met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Lossen deze nieuwe wetten problemen op die de Wet Bopz nu niet kan oplossen? Of veroorzaken de Wvggz en de Wzd eerder nieuwe knelpunten? Een analyse met een voorlopige conclusie.

Waarom Wet Bopz vervangen?

De Wet Bopz is sinds januari 1994 van kracht. Deze wet bepaalt in welke gevallen psychiatrische patiënten tegen hun wil mogen worden opgenomen in een instelling. Voor alle duidelijkheid merken wij op dat wij de overkoepelende term 'patiënten' gebruiken, terwijl in de zorg vaak ook wordt gesproken over cliënten. Het uitgangspunt van de Wet Bopz is dat er sprake is van gevaar voor de patiënt zelf of anderen. Deze wet geldt daarnaast voor patiënten met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Ook dan moet sprake zijn van gevaar. Artsen, patiënten en anderen hebben dus al ruim 25 jaar ervaring met deze wet. Probleem is evenwel dat de Wet Bopz vooral een opnamewet is. Door een patiënt in een instelling te plaatsen, is nog niet gewaarborgd dat je zo'n patiënt ook kunt behandelen. Bovendien werd ingezien dat de hulpvragen van psychiatrische patiënten grotendeels anders zijn dan die van patiënten met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Daarom verblijven deze laatste patiënten veelal en meestal blijvend in andere instellingen dan psychiatrische ziekenhuizen en krijgen zij andere zorg. Om deze redenen wordt er al lange tijd voor gepleit om de Wet Bopz te splitsen in een wet voor psychiatrische patiënten en een wet voor psychogeriatrische en verstandelijk beperkte patiënten. Daarnaast bestaat er behoefte aan meer behandel mogelijkheden, ook in de thuissituatie, waarbij de patiënt duidelijker kan aangeven wat hij zelf wil. Dat vraagt om ingrijpende wetswijzigingen die niet binnen de kaders van de Wet Bopz kunnen worden gerealiseerd. We geven twee voorbeelden om deze conclusie te illustreren.

Voorbeeld 1

Een psychiatrische stoornis kan een gevaar vormen voor de betrokkene zelf of voor anderen. Maar wat als artsen de indruk hebben dat een patiënt, door een psychiatrische stoornis, somatische zorg weigert waardoor uiteindelijk onherstelbare gezondheidsschade kan ontstaan? Denk hierbij aan het weigeren van medicatie, voeding of – zoals eerder in dit tijdschrift beschreven – een chirurgische ingreep met invaliditeit tot gevolg.¹ Behandeland artsen zitten dan vaak met de handen in het haar. Dat komt niet in de laatste plaats omdat de Wet Bopz zich richt op het al dan niet opnemen van een patiënt, terwijl de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) primair betrekking heeft op het behandelen van een somatische ziekte. Het is dan vaak niet duidelijk in hoeverre artsen volgens welke wet mogen behandelen, zo nodig tegen de wil van de patiënt.

Voorbeeld 2

Artsen en anderen krijgen in de praktijk regelmatig te maken met zorgweigerende patiënten met dementie die thuis wonen. Moet een huisarts of specialist ouderengeneeskunde dan met een beroep op de Wet Bopz verzoeken om gedwongen opname in een verpleeghuis? Of kan de patiënt thuis blijven wonen, waarbij bepaalde vormen van zorg tegen zijn wil worden toegepast? Denk aan

het afsluiten van het gas of de kraan in de badkamer en een keer per week verplicht douchen, ook al gaat dat onder protest. Deze vormen van dwang zijn niet toegestaan op grond van de Wet Bopz of de Wgbo, laat staan dat er is voorzien in een systeem van toezicht.

Wat verandert er op 1 januari?

De belangrijkste wijziging is dat in de Wvvggz en de Wzd de nadruk ligt op behandelen, en niet op het opnemen van de patiënt. Beide wetten willen ook de rechtspositie verbeteren van patiënten die te maken kunnen krijgen met gedwongen zorg. De nieuwe wetten voorzien eveneens in meer behandel mogelijkheden thuis. De wetgever heeft patiënten ook meer mogelijkheden gegeven om zelf aan te geven wat zij wensen, bijvoorbeeld via inbreng in het zorgplan en – alleen in de Wvvggz – het zelf formuleren van een plan van aanpak en een zorgkaart.

Spreekt de Wet Bopz nog van dwangbehandeling, de nieuwe wetten kennen de begrippen verplichte zorg (Wvvggz) en onvrijwillige zorg (Wzd). Die laatste begrippen zijn ruimer dan dwangbehandeling onder de Wet Bopz en omvatten ook vormen van somatische zorg, zoals het toedienen van vocht, voeding en medicatie.

De terminologie van de nieuwe wetgeving verschilt ook anderszins ten opzichte van de Wet Bopz, alsook de rol van betrokken personen en instellingen, zoals die van artsen, de rechter, de Inspectie gezondheidszorg en jeugd (IGJ) en het indicatieorgaan CIZ. De voor artsen belangrijkste wijzigingen bespreken we hieronder.

Voor wie zijn de Wvvggz en de Wzd bedoeld?

De Wvvggz regelt de rechtspositie van psychiatrische patiënten; de Wzd gaat over de positie van patiënten met een psychogeriatrische aandoening en een verstandelijke beperking. Volgens de geschiedenis van de Wzd is het aan een deskundig arts om vast te stellen of er sprake is van psychogeriatric of een verstandelijke handicap. Bij deze laatste twee groepen patiënten kan overigens ook sprake zijn van psychiatrische problematiek, maar deze mag niet op de voorgrond staan. Al deze stoornissen moeten volgens de nieuwe wetten 'ernstig nadeel' veroorzaken, een term die in de Wet Bopz wordt aangeduid met 'gevaar'. Naast de psychiater, onder de Wvvggz, spelen de specialist ouderengeneeskunde (SO) en de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG), onder de Wzd, een belangrijke rol bij de toepassing van de nieuwe wetten. Daarmee is niet gezegd dat bij deze wetten enkel psychiaters, SO's en AVG-artsen betrokken zijn, al zijn zij voor het verrichten van bepaalde handelingen – zoals het opstellen van een 'medische verklaring' – als enige zelfstandig bevoegd.

De uitwerking van regels in twee wetten is een groot verschil ten opzichte van de Wet Bopz, die op alle drie de patiëntgroepen van toepassing is. Daar kleven nadelen aan, die we verderop bespreken.

Wat staat er in de Wvvggz en de Wzd?

De Wvvggz en de Wzd kennen grotendeels dezelfde doelen: nadruk op behandelen in plaats van opnemen, meer zeggenschap voor de patiënt en meer behandel mogelijkheden in de thuissituatie. Niettemin verschillen beide wetten behoorlijk, ook qua uitwerking.

De Wvvggz lijkt van beide wetten het meest op de bestaande Wet Bopz, met het verschil dat er onder de Wvvggz nog maar twee soorten machtiging bestaan: de algemene 'zorgmachtiging' en – enkel bedoeld voor een crisissituatie – de 'crisismachtiging'. Deze laatste machtiging komt overeen met de huidige inbewaringstelling (IBS), met als groot verschil dat er al tijdens – en maximaal 18 uur voor – het aanvragen van deze machtiging mag worden begonnen met het verlenen van verplichte zorg. Daarbij kan worden gedacht aan het toedienen van kalmerende middelen. Het is aan de rechter, net als nu onder de Wet Bopz, om te oordelen of de zorg- of crisismachtiging kan worden opgelegd op verzoek van de officier van justitie. De rechter beslist of de 'verplichte zorg' in een instelling ('accommodatie' genoemd vanaf 2020) of in een ambulante setting, waaronder thuis, kan worden toegepast.

De onvrijwillige opname blijft in de Wzd op vergelijkbare wijze geregeld als in de Wet Bopz. De Wzd kent daartoe vier soorten machtigingen: de bekende rechterlijke machtiging, inbewaringstelling (IBS) en het besluit tot opname en verblijf (dit heet thans de artikel 60 Wet Bopz-procedure) alsmede – nieuw – de voorwaardelijke machtiging voor jongeren van 18-23 jaar met een verstandelijke beperking. Daarmee is het aantal machtigingen deels kleiner dan onder de Wet Bopz, maar deels ook uitgebreider. Een belangrijk verschil met de Wet Bopz is dat CIZ bij alle vier de Wzd-machtigingen een rol gaat spelen. De officier van justitie is niet in beeld bij deze machtigingen.

Het meest opmerkelijke verschil tussen beide wetten betreft de 'zorgmachtiging' in de Wvvggz versus het 'stappenplan' in de Wzd.² Elke vorm van verplichte zorg moet in de Wvvggz van tevoren zijn vastgelegd in het behandelplan dat wordt meegenomen als de rechter de zorgmachtiging toekent. Onder de Wzd kan onvrijwillige zorg thuis, in een dagbesteding, in een accommodatie (verpleeghuis of instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg) of in een ziekenhuis in beginsel ook bij patiënten zonder een rechterlijke toetsing worden toegepast. Denk daarbij aan een patiënt met een licht verstandelijke beperking bij wie elke avond zijn

telefoon onder verzet wordt ingenomen. Er is dan sprake van onvrijwillige zorg. Het is dan aan de 'zorgverantwoordelijke', dat wil zeggen de door de zorgaanbieder voor de patiënt aangewezen arts, om zich te buigen over de noodzaak van de onvrijwillige zorg om ernstig nadeel te voorkomen. Deze arts of een andere volgens een ministeriële regeling aangewezen deskundige doet dit aan de hand van het stappenplan. Bij deze beoordeling is voorzien in een rol voor de zogeheten 'Wzd-functionaris' en een 'externe deskundige' om de noodzaak van de onvrijwillige zorg te bezien. De Wzd-functionaris – eerst was dat volgens de Wzd nog de Wzd-arts – is een nieuwe functie. Deze functie kan worden vervuld door een AVG, SO, Gz-psycholoog of orthopedagoog-generalist, die in dienst is of wordt ingehuurd door de zorgaanbieder.

Deze functionaris heeft voornamelijk een toezichthoudende taak: hij bewaakt dat de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg wordt ingezet en mogelijk ook de afbouw ervan.

Kortom, het stappenplan staat centraal bij de toepassing van de Wzd en er wordt alleen een beroep op de rechter gedaan als een rechterlijke machtiging, een voorwaardelijke machtiging of verlenging van de IBS wordt aangevraagd.

De voor- en nadelen van de nieuwe wetten

Groot voordeel van beide wetten is de nadruk op behandelen en het uitbreiden van de behandelmogelijkheden thuis. Nadelen zijn de complexiteit, de gebrekkige onderlinge afstemming, de beperkte rol van de rechter onder de Wzd, de ingewikkelde besluitvormingsprocedures en de veronderstelde aanwezigheid van voldoende artsen en andere behandelaren. Kwetsbaar punt vormt het toezicht op gedwongen zorg in de thuissituatie. Huisartsenorganisatie LHV heeft namens haar leden al kenbaar gemaakt geen rol te willen spelen in de Wzd. Het is nog onduidelijk of de ggz crisisbeoordelingen blijft doen voor de verstandelijk-gehandicaptenzorg en de psychogeriatric. Daar komt bij dat veel van de rechtstreeks betrokken behandelaren in deeltijd werken, wat de besluitvorming en de juiste overdracht van kennis niet eenvoudiger maakt. De zorgverantwoordelijke in de Wzd moet eigenlijk 24 uur per dag bereikbaar zijn, ook in het weekend.

Wat als niet duidelijk is welke nieuwe wet van toepassing is?

Bij patiënten die vallen onder de reikwijdte van de nieuwe wetten is niet altijd sprake van enkel een psychiatrische aandoening dan wel alleen een psychogeriatric aandoening of verstandelijke beperking. Dit roept de vraag op welke wet in dat geval van toepassing is, de Wvvgg of de Wzd. Feitelijk is het aan de arts die de geneeskundige verklaring opstelt om te bepalen onder welke wet de aandoening van een patiënt valt. Dat geldt ook als er sprake is van meerdere aandoeningen. Het oordeel van de betreffende arts is dan leidend over welke rechtsregels van toepassing zijn op de patiënt, al heeft CIZ onder de Wzd het laatste woord.

Wat moeten ziekenhuizen met deze nieuwe wetgeving?

De Wvvgg en de Wzd zijn zoveel mogelijk patiëntvolgend. Dat impliceert dat als een Wvvgg- of Wzd-patiënt tijdelijk wordt opgenomen bij een andere zorgaanbieder, zoals een ziekenhuis, het bestaande zorgplan ook daar moet worden uitgevoerd. Dat bepalen beide wetten. De nieuwe zorgaanbieder behoudt tegelijkertijd de eigen verantwoordelijkheid en mag van het zorgplan afwijken in situaties waarin het zorgplan niet voorziet of wanneer het uitvoeren van dat zorgplan niet mogelijk is bij het verlenen van verantwoorde zorg.

Gelden de nieuwe wetten ook voor de huisarts?

De Wvvgg en de Wzd bevatten geen verplichtingen voor de huisarts. Dat laat onverlet dat een goede uitvoering van beide wetten gebaat is bij – op zijn minst – betrokkenheid van de huisarts. De minister van VWS heeft hierop expliciet gezinspeeld, althans in het kader van de Wzd. De LHV heeft actieve betrokkenheid, zoals eerder aangegeven, expliciet afgewezen. Hoewel wij begrijpen dat die betrokkenheid leidt tot taakverzwaring voor de huisarts en een vermenging van rollen als behandelaar en controleur, juichen wij medewerking van de huisarts toe – al is het maar opdat alle partijen weten wat er met een patiënt gebeurt. Bovendien moet de huisarts op grond van de Wvvgg en de Wzd over allerlei zaken worden geïnformeerd.

Wordt het vanaf 1 januari 2020 beter voor behandeld arts en patiënt?

Behandelend artsen en patiënten moeten vooral vertrouwd raken met de nieuwe wetgeving en de gewijzigde procedures. Onze indruk is dat artsen, patiënten en anderen alles behalve zijn voorbereid op de nieuwe wetgeving, ondanks allerlei initiatieven van de overheid en anderen.

Wij zijn blij met de focus op behandelen in plaats van opnemen. De verschillen tussen de bestaande Wet Bopz en Wgbo zijn door de nieuwe wetten ook minder groot geworden. Maar of patiënten daadwerkelijk adequaat – kunnen – worden behandeld is van veel factoren afhankelijk, die niet alleen via wetten zijn op te lossen. De rechtspositie van patiënten met een psychogeriatric aandoening of verstandelijke beperking had meer aandacht mogen hebben. Dat geldt ook voor de rol van de IGJ als toezichthouder

op de kwaliteit van zorg. Daarop zijn we hierboven niet ingegaan. Het geldt ook voor het klachtrecht en de belangrijke rol van de cliëntenvertrouwenspersoon onder beide wetten.

Voorlopige conclusie

De Wet Bopz is op onderdelen niet meer van deze tijd, zoals blijkt uit de voorbeelden. Dit verklaart waarom de invoering van de Wvggz en de Wzd gepaard gaat met veranderingen. Het baart zorgen dat er vlak voor de invoering van beide wetten nog zoveel zaken onduidelijk zijn, althans dat het veld slecht lijkt te zijn voorbereid. Voor dat laatste bestaat geen eenduidige aanleiding, al is de implementatie van de Wzd, begeleid door het ministerie van VWS, traag en laat op gang gekomen. Niettemin is de bestaande onduidelijkheid, ook juridisch, een ernstig punt: beide wetten voorzien in het bieden van gedwongen zorg aan kwetsbare personen en staan toe dat vergaande inbreuken op de privacy en lichamelijke integriteit worden gemaakt, waaronder vrijheidsontneming. Het is de vraag of invoering van beide wetten per 1 januari 2020 wel verstandig is. De minister wil mede op verzoek van de patiëntenverenigingen niet weten van uitstel. Dat maakt het onzeker of de doelen van de wet, waaronder het verbeteren van de rechtspositie van patiënten in de thuissituatie, wel snel te realiseren zijn.

Ondertussen bereiden beroepsgroepen, rechters, advocaten en anderen zich volop voor op de invoering van de wetten. Geldt dan: beter nog even wachten of volop er tegenaan? Wij neigen voorzichtig naar het laatste, zonder dat dit ten koste gaat van de rechtspositie van patiënten. Ons advies luidt dan ook dat de behandelend arts met gezond verstand aan de slag gaat met de nieuwe wetten. Dit geldt ook voor behandelend artsen in ziekenhuizen. Daar waar het zorgplan niet toereikend is of niet leidt tot goede zorg, is gewoon de Wgbo van toepassing. Het zou goed zijn als eventuele knelpunten, tekortkomingen en onduidelijkheden gemeld kunnen worden bij een centraal punt, ook met het oog op de wetsevaluaties na 2 jaar.

— Online artikel en reageren op ntvg.nl/D4505

Schriftelijke reactie Elnathan Prinsen, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Interview door Lisa Eurelings, NTVG

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft de oorspronkelijke doelstellingen van de Wet verplichte ggz (Wvggz) altijd gesteund: een behandelwet in plaats van opnamewet, meer zorg op maat, het waarborgen van de rechtspositie van patiënten, kwaliteitsverbetering en het versimpelen van de huidige wetgeving. Het is bijvoorbeeld heel gunstig dat met de Wvggz een einde komt aan de situatie waarbij patiënten wekenlang verplicht opgenomen zijn, zonder dat we ze vervolgens gedwongen zorg kunnen bieden. Bovendien moeten psychiaters voortaan vooraf bedenken welke zorg doelmatig, proportioneel, subsidiair en veilig is. Als de rechter daarmee akkoord is, kan de behandeling in principe direct van start.

Maar daarentegen heeft de patiënt in de nieuwe wet vijfmaal zoveel mogelijkheden om zich te beklagen, wat kan leiden tot langdurig uitstel van een verplichte behandeling. Dat kan betekenen dat behandeling alsnog niet mogelijk is, waardoor patiënten er vanuit ons perspectief uiteindelijk op achteruitgaan. Dit is één van de vele voorbeelden die laten zien dat er van de doelstelling om de huidige wetgeving te versimpelen weinig is terechtgekomen. Integendeel, de Wvggz leidt tot meer bureaucratie, regeldruk en een enorme hoeveelheid aan extra administratie. Direct gevolg hiervan is dat de druk op psychiaters nog verder toeneemt, terwijl die al groot was door het tekort aan psychiaters. Omdat de verplichte zorg steeds meer tijd van ons gaat opslokken, krijgen we steeds minder tijd voor vrijwillige zorg. Dit terwijl juist ook in crisissituaties het nemen van tijd en maken van zorgvuldige afwegingen dwang kan voorkomen. Wij voorzien na invoering van de wet juist meer crisisgevallen, meer en langere dwang en langere wachtlijsten.

De wet is in onze ogen gaandeweg onuitvoerbaar geworden en de vooropgestelde doelen zullen grotendeels niet gehaald worden. De patiënt en diens omgeving zal daar de dupe van worden, vrezen wij. Deze zorgen heeft de NVvP gedurende het hele wetstraject – dat meer dan 10 jaar in beslag nam – aangekaart bij de makers van de wet. Recent nog hebben wij bij de staatssecretaris gepleit voor een uitvoerbare wet. Politieke ruimte om de wet alsnog aan te passen was er onvoldoende. Wel heeft de staatssecretaris toegezegd dat hij de wet eerder dan gepland zal evalueren en repareren als dat nodig blijkt. Uiteraard houden wij de ontwikkelingen na invoering van de wet en het nakomen van deze toezegging nauwgezet in de gaten.

Channa de Winter is als arts voor verstandelijk gehandicapten en eerste geneeskundige werkzaam bij Trajectum. Deze organisatie verleent zowel intramurale als extramurale zorg aan mensen met een licht verstandelijke beperking en onbegrepen, risicovol gedrag, al dan niet binnen een forensische setting.

Interview door Lisa Eurelings, NTVG

Channa de Winter is bezorgd over de invoering van de nieuwe wetgeving: 'Mijn grootste zorg is dat patiënten met zowel een licht verstandelijke beperking als psychiatrische problematiek tussen wal en schip zullen vallen. Dit is, in tegenstelling tot waar de

minister vanuit is gegaan, een heel grote groep patiënten met een hoge zorgzwaarte. Nu gebeurt het al geregeld dat zorgverleners vanuit enerzijds de ggz en anderzijds de verstandelijk gehandicaptenzorg bij een crisis naar elkaar wijzen. Het risico bestaat dat dit onder de nieuwe wetgeving alleen maar toeneemt, doordat er nu naast het inhoudelijke argument ook een juridisch argument is om iemand buiten de sector te houden. Het is bij deze co-morbiditeit namelijk heel lastig te bepalen welke problematiek op enig moment op de voorgrond staat en dus te bepalen of de Wet zorg en dwang of de Wet verplichte ggz van toepassing is. Dit zou in de praktijk kunnen leiden tot arbitraire beslissingen afhankelijk van welke arts de patiënt als eerste tegenkomt. Daarbij kan het zelfs zo zijn dat andere dan zorginhoudelijke argumenten – bijvoorbeeld het bestaan van beddentekorten – een rol spelen bij de beslissing. Laagdrempelige consultatie en samenwerking tussen de verschillende sectoren en zorgprofessionals zal essentieel zijn. Voor de nieuwe mogelijkheid van dwangzorg in de thuissituatie zie ik vooralsnog geen plek omdat de uitvoering hiervan niet haalbaar lijkt. Bijvoorbeeld, als ik een patiënt een voor hem ontregelend bezoek ontzeg, hoe controleer ik dan of hij niet toch de deur opendoet als dit bezoek voor de deur staat?

Tot slot voorzie ik een toename van de administratieve lasten. Voor elke vorm van onvrijwillige zorg die wordt opgenomen in het zorgplan, en dat kunnen soms wel 10 vormen voor 1 persoon zijn, moet het stappenplan worden doorlopen.

Voor één specifieke situatie zie ik wel mogelijk voordeel, namelijk voor patiënten die thuis wonen maar dagbesteding of dagbehandeling volgen bij een zorgorganisatie. Nu is het zo dat als zo'n patiënt tijdens dagbesteding soms moet worden vastgepakt, bijvoorbeeld om de veiligheid te borgen bij onrust door overprikkeling bij autisme, er maar 2 keuzes zijn: of de patiënt moet worden opgenomen onder een Bopz-titel of de dagbesteding moet worden gestaakt. Beide zijn uiteraard niet wenselijk. De nieuwe wetgeving maakt het mogelijk om deze vorm van onvrijwillige zorg op te nemen in het zorgplan, zodat patiënt thuis kan blijven wonen en de dagbesteding kan worden voortgezet.'

Ilysa Soffer is directeur van Ieder(in). Dit is een belangenorganisatie voor mensen met een beperking of een chronische ziekte. De belangenbehartiging richt zich op talrijke thema's, zoals zorg, ondersteuning en wonen. Ieder(in) streeft naar een inclusieve samenleving, waar mensen met een beperking volwaardig aan mee kunnen doen.

Interview door Lisa Eurelings, NTVG

Ilysa Soffer is positief over de komst van de nieuwe wetgeving: 'De Wet zorg en dwang zorgt voor een cultuurverandering in de zorg. De kwaliteit van leven komt echt centraal te staan, in plaats van het beleid van zorginstellingen. Dat is meer in lijn met het VN-verdrag Handicap, waarin zelfbeschikking en autonomie centraal staan.

De wet gaat dan ook verder dan de Bopz die met name ging over vrijheidsbeperkende maatregelen zoals opsluiten en vastbinden. De Wet zorg en dwang kijkt naar het hele leven van een cliënt: van hoe laat de wekker gaat, tot wat hij graag eet. Alles wat voor de cliënt bepaald wordt, komt in een plan. En wanneer er dwang nodig lijkt te zijn, wordt er gekeken naar de voor de cliënt minst ingrijpende oplossing, in plaats van de meest voor de hand liggende voor de instelling.

De Wet zorg en dwang gaat uit van "nee, tenzij" waarbij dwang een laatste redmiddel wordt. Dit dwingt organisaties om alternatieven voor dwang te overwegen. De cliënt krijgt daarmee een stevigere positie en meer eigen regie.' Dat dat niet zomaar geregeld is, beaamt Soffer: 'Zo'n verandering bereik je niet zomaar. Het vraagt een professionaliseringslag. Het is dan ook belangrijk dat instellingen de kans krijgen om stap voor stap te leren werken met deze wet. Aan de andere kant weet ik dat er in de gehandicaptenzorg al langer in de lijn van deze wet wordt gewerkt.'

Verscheidene belangenorganisaties hebben zich verzet tegen uitstel van de nieuwe wetgeving. Het uitstellen is volgens hen niet in het belang van hun achterban. Ook zij zien de wet als onmisbaar voor een cultuurverandering in de zorg. Soffer zegt daarover: 'De nieuwe wet ondersteunt een praktijk waar we heen willen, in plaats van de BOPZ die een ongewenste praktijk in stand hield. "Wie zwijgt, stemt toe" mag nooit het uitgangspunt zijn voor onvrijwillige zorg. Het loont om goed te kijken naar de wensen van een cliënt en zijn naasten, dat zorgt voor menswaardige zorg en voor meer kwaliteit van leven.'

Guus Jaspar is praktiserend huisarts in Terneuzen.

Interview door Lisa Eurelings, NTVG

Guus Jaspar is vanuit het perspectief van de huisartsgeneeskunde niet blij met de nieuwe wetgeving: 'Als huisarts zijn wij gewend pragmatisch te werken. Met name bij de groep kwetsbare ouderen kijken wij wat nodig is zodat de patiënt zo lang mogelijk in de eigen omgeving kan blijven. Dit kan bijvoorbeeld inhouden dat bij een verwarde, demente patiënt in overleg met de partner of familieleden zeer kortdurend medicijnen door de vla of koffie worden gedaan totdat patiënt weer helderder is en de behandeling besproken kan worden. Onder de nieuwe wetgeving moet hiervoor een uitgebreide, bewerkelijke procedure worden opgesteld en uitgevoerd. Vanuit patiëntperspectief begrijp ik heel goed dat transparantie noodzakelijk is, maar het is binnen de

huisartsgeneeskunde wel de vraag welk probleem we hiermee oplossen en hoe groot dit probleem nu eigenlijk is. Naast dat de nieuwe wetgeving een enorme belasting voor de beroepsgroep zal opleveren is het ook zo dat binnen de beroepsgroep de noodzakelijke expertise ontbreekt om dwangzorg op een juiste manier vorm te geven en toezicht te houden op de uitvoering. Specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor patiënten met een verstandelijke beperking komen hier veel vaker mee in aanraking en zijn veel bekwaam op dit gebied. Daarnaast zijn we als huisartsen bezorgd dat de vertrouwensband met de patiënt geschaad wordt wanneer wij een uitvoerende rol aannemen bij het verlenen van dwangzorg. Als huisartsen moeten wij neutraal kunnen blijven.'

De minister heeft aangegeven dat de huisarts een rol kan spelen bij de uitvoering van dwangzorg maar dat dit niet verplicht is, een tastbaar resultaat van de lobby die huisartsen gevoerd hebben om geen uitvoerende rol te krijgen. Guus verwacht dat de meeste huisartsen vanaf 1 januari gebruikmaken van dit 'verschoningsrecht'. 'Uiteraard willen we wel onze zorgrol blijven vervullen en meedenken daar waar nodig. Er wordt ook al nagedacht over wie de uitvoerende rol dan wel op zich kan nemen. Een oplossing voor de groep kwetsbare ouderen onder de Wet zorg en dwang zou bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde zijn, een specialist die nu ook al vaak op consultatiebasis werkzaam is in de huisartsenpraktijk.'

Robert Helle is specialist ouderengeneeskunde en Bopz-arts bij de ViVa! Zorggroep. De ViVa! Zorggroep biedt diensten aan op het gebied van wonen, welzijn en zorg aan cliënten die thuis wonen of in woon-zorgcomplexen. Robert is tevens zelfstandig gevestigd gezondheidsrechtjurist.

Interview door Lisa Eurelings, NTVG

Robert Helle is positief over het idee achter de nieuwe wetten maar voorziet grote problemen rondom de praktische uitvoerbaarheid: 'Het is goed dat de nieuwe wetgeving de zorgverlener stimuleert om cliënten en naasten explicieter en eerder te betrekken bij het nadenken over beperkende maatregelen. Ook ben ik blij met het achterliggende idee dat bij het overwegen van vrijheidsbeperking zorgvuldig moet worden gekeken naar de doelen, de nadelen en zeker ook naar de mogelijke voordelen voor een cliënt.

Voordeel van de nieuwe wetgeving is ook dat vormen van onvrijwillige zorg die momenteel 'gedoogd' worden thuis straks openlijk besproken kunnen worden en dat er duidelijke afspraken gemaakt kunnen worden. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarin tegen de wil van een cliënt een medicatierol in een kluisje wordt gestopt. De nieuwe wetgeving kan ook uitkomst bieden bij thuiswonende delirante patiënten doordat onvrijwillige toediening van medicatie, vocht en voeding een ontwrichtende opname kan voorkomen. Natuurlijk mits er thuiszorg beschikbaar is.

De wetgever heeft alleen veel te weinig nagedacht over het uitvoeringsaspect. Bijvoorbeeld: rechtelijke machtigingen worden in de ambulante situatie nu meestal aangevraagd door psychogeriatrische zorgteams vanuit de ggz, maar er is nog geen landelijke overeenstemming over wie dit in de toekomst gaat doen. Een ander voorbeeld is een opname op een afdeling waar vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden toegepast bij een cliënt die geen toestemming geeft maar ook geen verzet toont en van wie er geen vertegenwoordiger beschikbaar is. Het CIZ moet dan beoordelen of de opname gerechtvaardigd is. Als dit bijvoorbeeld in het weekend is, gedooft de IGJ in de huidige situatie dat de opname alvast plaatsvindt en het CIZ na enkele dagen een beoordeling komt doen. Onder de nieuwe wetgeving is dit verboden en kan er zelfs een bestuursrechtelijke boete worden opgelegd. De wetgever heeft echter geen regelingen getroffen om het CIZ te verplichten spoedig, bijvoorbeeld op de dag van opname, te komen beoordelen.

Tot slot is een van de pijnpunten dat onder de nieuwe wetgeving ook bij cliënten die overduidelijk wilsonbekwaam zijn, zoals soporeuze cliënten, een niet bij de behandeling betrokken deskundige moet worden geraadpleegd om te mogen spreken met de vertegenwoordiger en behandelbeslissingen te nemen. De vraag is wat de meerwaarde hiervan is en of dit in spoedeisende situaties en buiten kantoortijden niet tot onnodige vertraging in de behandeling leidt.'

- Universiteit Leiden, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, departement Publiekrecht, Leiden. Prof.mr.dr. A.C. Hendriks, jurist.
- Amsterdam UMC - locatie VUmc, Medische Faculteit, Amsterdam. Mr.dr. B.J.M. Frederiks, jurist.
- Contact: A.C. Hendriks (a.c.hendriks@law.leidenuniv.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 23 oktober 2019
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D4505

Literatuur

1. 1. Schaap MQ, Van Waarde JA. Een psychotische patiënt die somatische zorg weigert. Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D3526.
2. 2. www.zorgvoorbeter.nl/vrijheidsbeperking/stappenplan-zorg-en-dwang

3. www.vgn.nl/nieuws/update-stand-van-zaken-implementatie-wet-zorg-en-dwang
4. www.dwangindezorg.nl