

Zorg en dwang: één stap voorwaarts, twee terug

Opmerkingen bij het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten

Ton-Peter Widdershoven¹

DE WET BOPZ LIJKT EEN VOLWAARDIGER RECHTSBESCHERMING TE BIEDEN DAN HET AANHANGIGE WETSVOORSTEL ZORG EN DWANG PSYCHOGERIATRISCHE EN VERSTANDELIJK GEHANDICAPTE CLIËNTEN. EEN ONBEGRIJPelijke MANOEUVRE IS DE GELIJSCHAKELING VAN GEWENSTE EN ONGEWENSTE INTERVENTIES. EN NAAST EEN POVERE RECHTSBESCHERMING WORDT IN HET BIJZONDER DE WILSBEKWAME CLIËNT NIET SERIEUS GENOMEN: WAT HIJ WIL WORDT NIET GEHOORD, WAT HIJ NIET WIL KRIJGT GEEN AANDACHT. ZO'N REGELING KAN ER MAAR BETER NIET KOMEN.

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) regelt de onvrijwillige opneming in psychiatrische ziekenhuizen, psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. De Wet Bopz regelt ook mogelijkheden tot verdere dwangtoepassing gedurende die opneming (waaronder interventies als separatie en dwangmedicatie) en biedt voorts een ambulante interventievariant waarbij betrokkene onder voorwaarden (waaronder in de regel het accepteren van medicatie) veelal thuis kan blijven.

Het voornemen van het kabinet is de Wet Bopz nog deze regeringsperiode te vervangen door twee afzonderlijke regelingen: een voor de sector psychiatrie en een voor de sectoren psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg. Voor de sector psychiatrie is bedacht een *Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg*, voor de beide andere sectoren een *Wet zorg en dwang psychogeriatricie en verstandelijk gehandicapte cliënten*. Voor de eerst geduide regeling is recent een conceptwetsvoorstel voor advies naar de Raad van State gezonden. Voor de andere regeling is afgelopen zomer een voorstel van wet aangeboden aan de Tweede Kamer.² Een vergelijking tussen dat wetsvoorstel voor de psychogeriatricie en de verstandelijk gehandicaptenzorg en het conceptontwerp voor de sector psychiatrie laat grote verschillen in visie en aanpak zien,

losstaand van de eigenheden van de groepen in kwestie. Dermate grote verschillen zelfs, dat het opmerkelijk mag heten dat beide producten in eenzelfde tijdsgewricht zijn ontstaan. En dermate grote verschillen ook, dat het eigenlijk niet goed denkbaar is dat de voorgestelde regelingen gelijktijdig als wet naast elkaar zouden bestaan.

Mijn standpunt is dat het huidige wetsontwerp Zorg en dwang maar beter geen kracht van wet kan krijgen. Niet alleen zijn de verschillen met de voorgestane regeling voor de psychiatrie te groot, maar ook is het voorstel op zichzelf beschouwd onder de maat te achten.

1. Fundamentele verschillen op essentiële punten

De Wet Bopz trad in 1994 in werking en is inmiddels drie keer geëvalueerd. Naar aanleiding van de tweede evaluatie in 2002 volgde het besluit om voor de sectoren psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg een eigen regeling te maken. De derde evaluatie in 2007 had tot gevolg dat er voor de sector psychiatrie eveneens een nieuwe regeling werd ontwikkeld. De zojuist genoemde proeven van regelingen laten de tussentijdse resultaten van die voornemens zien. Uiteraard zijn er belangrijke verschillen met die Wet Bopz – anders waren nieuwe regelingen überhaupt niet nodig geweest – maar onder-

ling maken de beoogde opvolgers op essentiële punten dus eveneens andere keuzen. Het gaat dan met name om de reikwijdte van de voorgestane normering, de gehanteerde rechtsgronden voor de interventies in kwestie en de beslissingsbevoegdheden in dat verband. Ook is er diversiteit ten aanzien van andere aspecten van rechtsbescherming, bijvoorbeeld wat betreft het toezicht door de inspectie en de mogelijkheid tot ondersteuning van betrokkene bij het verwezenlijken van zijn rechten. In het navolgende komen deze onderwerpen aan bod, waarbij tegen de achtergrond van de regeling van de Wet Bopz de twee beoogde nieuwe regelingen worden besproken met in het bijzonder aandacht voor het wetsvoorstel Zorg en dwang.

2. Zorgsectoren, interventievormen en wilsuitingen

Wat betreft de reikwijdte van de regelingen, geldt primair dat de diverse zorgsectoren bepalend zijn: de Wet Bopz heeft betrekking op drie sectoren, de beoogde opvolgers nemen ieder slechts een deel van dat drietal voor hun rekening. Binnen die sectorafgrenzingen zijn de beoogde opvolgers overigens beduidend breder in bereik dan de Wet Bopz: bij beide nieuwe regelingen ligt de focus niet zozeer op een onvrijwillig verblijf in een zorginstelling, maar op interventievormen die meer los van de setting zijn geplaatst en bijvoorbeeld ook nadrukkelijk de thuis-situatie betreffen.

Welke interventievormen specifiek onderwerp van regeling zijn is nog niet zo eenvoudig aan te geven. Het varieert van medicatietoediening tot vastbinden en van vrijheidsbeneming tot het stellen van voorwaarden aan gedrag.³ Opmerkelijk is echter in het bijzonder de wijze waarop de wilsuiting van betrokkene daarbij een rol speelt. De drie regelingen variëren er wat dat betreft lustig op los. Om het kort te duiden: het conceptwetsontwerp Verplichte GGz heeft primair betrekking op interventies waartegen de betrokkene zich verzet, de Wet Bopz heeft naast zulk verzet mede betrekking op interventies waartoe betrokkene geen bereidheid toont, en het wetsvoorstel Zorg en dwang heeft behalve die twee varianten (verzet en geen bereidheid) ook nog betrekking op enkele interventies waarmee betrokkene welbewust instemt. Voor een goed begrip zij alvast opgemerkt dat de betreffende regelingen

deels gelijke rechtsgevolgen verbinden aan die onderscheiden wensen en wilsuitingen.

3. Instemming, geen instemming en verzet

Het wetsvoorstel Zorg en dwang is op het bovengenoemde punt van de wilsuitingen het meest uitwaaiend. Voor opnemings- en verblijf in een zorginstelling (een geregistreerde accommodatie) is de regeling grosso modo conform de huidige regeling van de Wet Bopz: als betrokkene geen bereidheid toont maar zich evenmin verzet, is een besluit van een zogenoemd indicatieorgaan nodig, terwijl in geval van verzet in beginsel het fiat van de rechter wordt verlangd. In beide gevallen gelden dan overigens, anders dan bij de Wet Bopz, dezelfde inhoudelijke voorwaarden voor opnemings- en verblijf, waarbij centraal staat dat sprake moet zijn van een (door die opnemings- en verblijfsvoorziening te voorkomen of af te wenden) ernstig nadeel als gevolg van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap.⁴ Voor de overige interventies waar het wetsvoorstel op ziet, is de regeling meer complex. Niet alleen worden dan opnieuw situaties van geen instemming en verzet gelijkgeschakeld (tezamen 'onvrijwillige zorg' genoemd), maar ook worden deels, zoals al aangeduid, de door betrokkene juist gewenste interventies daarmee gelijkgesteld. Wat dat laatste betreft – de interventies die voor onvrijwillige zorg doorgaan terwijl betrokkene ermee instemt – gaat het om 'het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap' en 'een maatregel die tot gevolg heeft dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt' (art. 2 lid 2).

4. Bedhek en slaappil

De regeling van Zorg en dwang heeft bizarre consequenties. Neem als voorbeeld het plaatsen van een bedhek waarmee kan worden voorkomen dat betrokkene uit bed valt of anderszins het bed verlaat. Als we het wetsvoorstel volgen is niet langer relevant hoe de persoon in kwestie een dergelijke interventie waardeert. Of betrokkene zich nu hevig verzet, dan wel er geen weet van heeft of het juist nadrukkelijk wenst (bijvoorbeeld omdat hij zich dan veilig voelt en rustig kan slapen) doet niet ter zake: het hek mag in alle gevallen slechts omhoog als voldaan wordt aan de

Auteur

1. Mr. drs. T.P. Widdershoven is jurist bij de Stichting PVP te Utrecht.

Noten

2. Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 2.

3. Een nauwkeurige beschrijving vergt nogal wat tekst, maar op hoofdlijnen geldt het volgende. Bij de Wet Bopz gaat het primair om opnemings- en verblijfs- in specifiek aangewezen zorginstellingen en om het aldaar zo mogelijk behandelen van betrokkene, het zo nodig toepassen van middelen of maatregelen (medicatie, afzondering, separatie, fixatie en

toediening van vocht en voeding) en het anderszins beperken in vrijheidsrechten (bezoek, telefoonverkeer, bewegingsvrijheid). Daarnaast kent de Wet Bopz voor de sector psychiatrie nog een ambulante maatregel, waarbij betrokkene onder voorwaarden thuis, althans niet in de kliniek verblijft. Het conceptwetsontwerp Verplichte GGz biedt een minder intramuraal gerichte regeling met een breed scala aan interventies 'bestaande uit een vorm van verzorging, bejegening, behandeling, waaronder opnemings- en accommodatie, begeleiding of beveliging' (art. 1:1 sub b). Het wetsvoorstel Zorg en dwang bevat weer aparte regelingen voor ener-

zijds opnemings- en verblijfs- in een accommodatie (ondergebracht in hfdst. 3) en anderzijds voor zorg (al dan niet intramuraal) die zich richt op het toedienen van voeding, vocht of medicatie, het toepassen van maatregelen gericht op toezicht en/of bewegingsvrijheid en beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten (art. 2 lid 1).

4. De Wet Bopz maakt op dit punt wél onderscheid: bij de indicatieprocedure geldt als criterium dat betrokkene zich ten gevolge van de stoornis van de geestvermogens niet buiten de instelling kan handhaven (art. 60 lid 4), voor de rechterlijke machtiging geldt de eis dat

de stoornis de betrokkene gevaar doet veroorzaken (art. 2 lid 2a). De memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Zorg en dwang geeft aan dat er bewust voor is gekozen het bereidheidscriterium te handhaven (p. 26), maar evenzogoed betwijfel ik of de consequenties daarvan voldoende worden doorzien. Zie voor een kritiek op het bereidheidscriterium mijn *De Wet Bopz en de psychiatrie - kanttekeningen bij een regeling*, Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht 2003, p. 13-19.

voorwaarden voor 'onvrijwillige zorg'.⁵ Hoeveel dichter bij de ontkenning van de persoon kun je eigenlijk komen, zou je haast denken, als het er kennelijk niet meer toe doet wat iemand er zelf van denkt.

Een vergelijkbare situatie doet zich voor als het gaat om slaapmedicatie. Opnieuw is dan irrelevant wat betrokkene ervan vindt, althans als het gaat om 'het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag' of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, zoals de hierboven

Hoeveel dichter bij de ontkenning van de persoon kun je komen, als het er kennelijk niet meer toe doet wat iemand er zelf van denkt?

gemelde bepaling het wat weinig helder omschrijft. Gaat het daarentegen om het toedienen van 'medicatie voor een somatische aandoening', dan geldt het gehanteerde clusterregime niet en worden juist weer wel consequenties verbonden aan de zienswijze van de cliënt. Slaapmedicatie die betrokkene wenst vanwege onrust door bijvoorbeeld pijnlijke of jeukende benen is klaarblijkelijk toegestaan (uiteraard onder voorwaarde dat er een medische indicatie is), slaapmedicatie voor een meer aan een geestesstoornis gerelateerde onrust niet.⁶ Naar het waarom van dit naar aandoening gerelateerde onderscheid – dat op zichzelf genomen nog voor heel wat praktische interpretatieproblemen kan zorgen – blijft het goeddeels raden. De memorie van toelichting meldt over de sederende medicatie voor de niet-somatische aandoening 'dat het een dermate ernstige inbreuk op iemands vrijheidsrechten betreft, dat deze medicatie als een aparte categorie benoemd dient te worden'. Maar waarom bij die aparte categorie de zienswijze van de cliënt er niet meer toe zou moeten doen – en waarom bijvoorbeeld een dergelijk negeren van die zienswijze géén inbreuk op vrijheidsrechten zou betreffen – blijft onduidelijk.

5. Onbegrepen uitleg

Uit het voorgaande mag blijken dat ik de in het wetsvoorstel gemaakte keuze niet begrijp. Dat wordt niet anders na lezing van de memorie van toelichting. In die toelichting wordt er op gewezen dat verzet bij mensen met dementie of een verstandelijke beperking lang niet altijd als zodanig wordt herkend of erkend, en dat dit sterk afhankelijk is van de interpretatie van de zorgverlener. Dat zal vast zo zijn, maar inzetten op voorlichting en toezicht lijkt dan eerder aangewezen dan wat nu wordt voorgesteld. Het is alsof op de constatering dat regelmatig door rood wordt gereden, de reactie volgt dat het vanaf nu ook bij groen licht stoppen is.

De memorie van toelichting geeft aan dat het wetsvoorstel met deze gelijkschakeling van dwang en geen dwang de rechtspositie van de cliënt versterkt. Ik kan het niet volgen. Waarom wordt iets wat au fond geen probleem is, op deze wijze als probleem gedefinieerd? Wat is er mis met aansluiten bij de wens van de cliënt, als dat verder geen kwaad kan? En waarom wordt vervolgens – maar nu loop ik vooruit op wat volgt – iets wat evident wél een probleem is, namelijk het doorbreken van relevant verzet van die cliënt, juist zo stiefmoederlijk van rechtsbescherming voorzien?

6. Gevaar, nadeel en risico op schade

Het wetsvoorstel Zorg en dwang bepaalt dat onvrijwillige zorg slechts mogelijk is indien er sprake is van 'ernstig nadeel' als gevolg van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan (art. 8 lid 1a). Voor alle varianten van 'onvrijwillige' zorg is dat criterium, dat ziet op nadeel voor betrokkene zelf of voor een ander, bedenkelijk. Wat betreft de hiervoor genoemde situatie dat betrokkene de interventie zelf wenst, is die drempel niet alleen onheus paternalistisch, maar ook strijdig met de idee van goede zorg. En als betrokkene de interventie juist niet wenst, is de drempel weinig specifiek en relatief willekeurig, en valt op dat het criterium zowel afwijkt van de Wet Bopz als van het conceptontwerp Verplichte GGz. De Wet Bopz hanteert als rechtsgrond een gevaarscriterium (gevaar ten gevolge van een geestesstoornis) en het conceptontwerp Verplichte GGz biedt als toetssteen 'een aanzienlijk risico op ernstige schade' (door gedrag als gevolg van een psychische stoornis). Die laatste maatstaf is het meest

Wat is er mis met aansluiten bij de wens van de cliënt, als dat verder geen kwaad kan?

duidelijk: het criterium onderscheidt concreet naar enerzijds de mate van ernst van een te vrezen relevant onheil en anderzijds de verlangde grootte van de kans dat zulk onheil zich zonder ingrijpen daadwerkelijk zal verwezenlijken. De maatstaf maakt duidelijk dat beide aspecten een drempelwaarde moeten overstijgen. De norm van Zorg en dwang steekt daar mager tegen af, de regeling weet er niet meer over te melden dan dat nu en dan onder 'ernstig nadeel' ook een dreiging van dergelijk nadeel moet worden begrepen.⁷

7. Proportionaliteit en wilsbekwaamheid

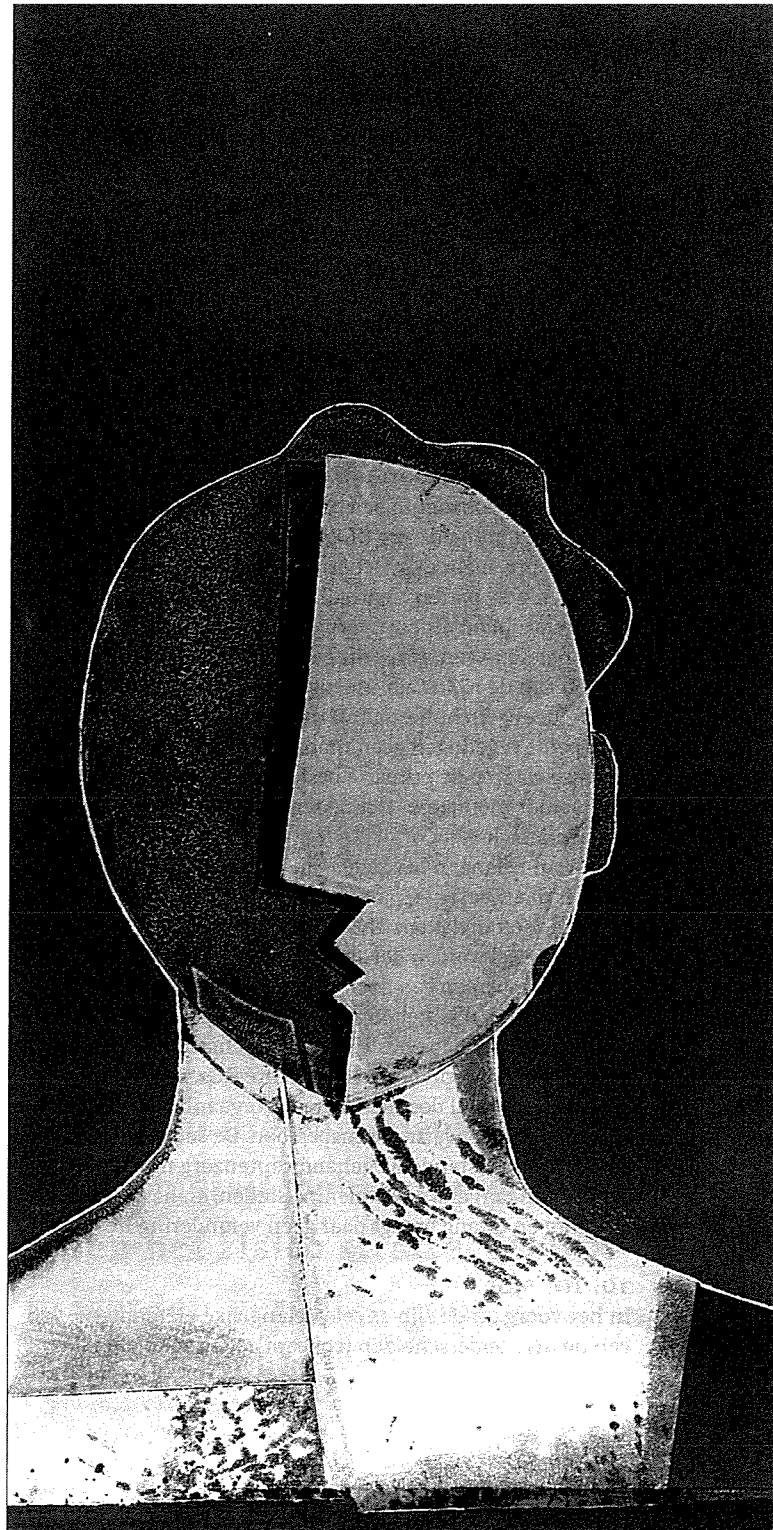
In geval van dwangtoepassing zijn relevant de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid (effectiviteit). In de toelichtingen op de beide beoogde nieuwe regelingen wordt met regelmaat aan die beginselen gerefereerd, zij het niet steeds op even heldere wijze, maar wat met name opvalt is dat het wetsvoorstel Zorg

en dwang geen expliciete bepaling aangaande de eis van proportionaliteit bevat (terwijl juist die eis een wat ruim geformuleerde wettelijke rechtsgrond nog enigszins kan temperen). Ook wat betreft de vraag of de mate van wilsbekwaamheid een rol zou moeten spelen bij de legitimering van eventuele dwang zwijgt het voorstel. Wel wordt in de toelichting met klem benadrukt dat ook het verzet van een wilsonbekwame cliënt serieus moet worden genomen, maar voor het overige is het stil. Of in geval van wilsbekwaam verzet dwang überhaupt geëigend is, dan wel dat dan nadere voorwaarden zouden moeten gelden of juist niet, wordt simpelweg in het midden gelaten.⁸ Anders dan in het conceptontwerp Verplichte GGz is het vraagstuk hier geen item; het lijkt alsof de tijd heeft stilgestaan.⁹

8. Rechter, hulpverlener en vertegenwoordiger

Op het punt van de beslissingsbevoegdheid (wie beslist over welke interventie) volgt het wetsontwerp Zorg en dwang in grote lijnen het stramien van de Wet Bopz. Verschillende actoren dienen zich aan: over opnemings bij verzet beslist de rechter (in crisissituaties de burgemeester), opnemings bij geen instemming loopt via een indicatiorgaan en het beslissen over andere 'onvrijwillige zorg' is primair aan de zorgverlener. Duidelijk anders is de aanpak van de conceptregeling Verplichte GGz waarbij in beginsel de rechter alle vormen van (echte) verplichte zorg op voorhand moet flatteren.¹⁰ Die voor de sector psychiatrie beoogde herschikking van bevoegdheden is een belangrijke (en doordachte) wijziging ten opzichte van de huidige regeling, maar de toelichting op het wetsontwerp Zorg en dwang besteedt er geen aandacht aan en loopt rustig verder in het bestaande spoor.¹¹ De vraag is opnieuw waarom hier zo uiteenlopend over in essentie vergelijkbare kwesties wordt gedacht, en we komen het opnieuw via de memorie van toelichting niet te weten.

Bedacht mag hier overigens worden dat de privaatrechtelijke WGBO, de *lex generalis* over de behandelingsovereenkomst (art. 7:446 e.v. BW), eveneens een regeling van medisch gerelateerde dwangtoepassing kent. Die regeling biedt een eigen variant, met opnieuw afwijkende voorwaarden. Ditmaal kan het verzet van de wilsonbekwame bevonden patiënt op gezag van de hulpverlener worden doorbroken teneinde ernstig nadeel voor die patiënt te voorkomen (art. 7:465 lid 6 BW). Waar bij al deze dwangfaciliterende regelingen nog de meeste overeenstemming in lijkt te schuilen, is de rol en de zeggensmacht van de



Split Personality © Images.com/Corbis

Noten

5. Het bepalende criterium is hier het voorkomen van 'ernstig nadeel' waarover de memorie van toelichting meldt: 'In het algemeen is er bij valgevaar géén sprake van dreigend, ernstig lichamenlijk letsel om iemand in zijn vrijheid te beperken door het toepassen van onvrijwillige zorg' (p. 44).

6. In hoeverre het systeem ruimte laat voor slaapmedicatie in verband met onrust ten gevolge van het ontbreken van een beddek, zou ik zo snel nog niet

weten.

7. Zie de begripsbepaling art. 1 lid 2 van het wetsvoorstel.

8. Vreemd genoeg wordt indirect wel aangegeven, omfloerst in de toelichting, dat een eerder vastgelegde wilsbekwame weigering moet worden opgevolgd. 'De WGBO wordt, wat betreft de mogelijkheden om dwang toe te passen, in deze gevallen met zoveel woorden buiten werking gesteld. Het gaat dan om de artikelen 450, eerste en tweede lid, 465 en 466 van de WGBO. Er wordt een uitzondering

gemaakt voor artikel 450, derde lid, van titel 7 van Boek 7 BW. Deze uitzondering is gemaakt omdat het niet voor de hand ligt een in schriftelijke vorm vastgelegde wilsuiging van een cliënt terzijde te schuiven wat betreft het vaststellen van eventuele instemming met zorgverlening.'

9. Zie voor mijn kritiek op de wijze waarop het conceptvoorstel Verplichte GGz dit thema benadert 'Opvolger Wet Bopz: goed op weg, maar we zijn er nog niet', *TvGR* 2009, p. 175-184.

10. Zie in dit verband J. Legemaate,

'Besluiten over dwang in de psychiatrie: ken je klassieken!', *NJB* 2008, 1505, afl. 30, p. 1852 en mijn reactie 'Dwangpsychiatrie: rechters, deskundigen, kwaliteit en geld', *NJB* 2008, 1508, afl. 30, p. 1863.

11. Enige aanpassing ten opzichte van de Wet Bopz betreft de eis van het consulteren van andere hulpverleners, maar zowel fundamenteel als praktisch heeft dat niet veel om het lijf (hoewel de memorie van toelichting anders suggereert).

vertegenwoordiger van de (wilsonbekwame) patiënt. Die zeggensmacht is, uiteindelijk, als het er op aankomt, nihil. En ook wat dit aangaat lijkt langzamerhand enige heroverweging aan de orde, met name ook als het gaat om de combinatie met een bepalende bevoegdheid van de behandelaar en situaties waarin enkel belangen van de patiënt zelf op het spel staan.¹²

9. Inspectie, klachtrecht en vertrouwenspersoon

De Wet Bopz voorziet in een actieve rol voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), waarbij niet de kwaliteit van zorg, maar de bescherming van de rechten van de individuele patiënt centraal staat. De beide beoogde opvolgers zijn op dit punt terughoudender. Het toezicht op de naleving van de regelingen is in algemene zin opgedragen aan de IGZ, maar in enige bijzondere vorm van individueel gericht toezicht wordt niet voorzien. Dat is voor beide regelingen geen mooie zaak, maar het is gezien de wijze waarop de primaire besluitvorming over dwang plaatsvindt met name voor de regeling van Zorg en dwang problematisch.¹³

Van belang in het kader van een goede rechtsbescherming is daarnaast een passend klachtrecht. De drie regelingen vertonen in dat opzicht vergelijkbare trekken. Bedacht moet evenwel worden dat alleen in de sector psychiatrie de patiënt een beroep kan doen op een bijzondere vorm van ondersteuning met het oog op het verwezenlijken van zijn rechten. De Wet Bopz biedt voor de psychiatrische patiënt, evenals het conceptvoorstel Verplichte GGz, een recht op advies en bijstand door een (van de zorgaanbieder onafhankelijke) patiëntenvertrouwenspersoon. De sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg moeten het zonder een dergelijke voorziening stellen, en het wetsvoorstel Zorg en dwang brengt daar geen verandering in.¹⁴

10. Tot slot

In het voorgaande zijn enkele belangrijke elementen van de drie onderscheiden (concept)regelingen de

Als het erop aankomt is de zeggensmacht van de vertegenwoordiger van de patiënt nihil

revue gepasseerd, en kritiek was er met name op het wetsvoorstel Zorg en dwang. Wellicht dat de lezer zich inmiddels afvraagt hoe de titel van deze bijdrage moet worden geduid, en meer in het bijzonder op welke stap voorwaarts wordt bedoeld. Welnu, het is niet allemaal dramatisch wat er aan nieuws wordt geboden. Een goede kant is bijvoorbeeld al de specifieke aandacht voor de beide zorgsectoren. De huidige Wet Bopz is in woord en gebaar toegespitst op de psychiatrie, de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg zijn er indertijd wat ongelukkig 'bijgeschoven'. En goed is ook dat het wetsvoorstel de blik niet langer vernauwt tot primair intramurale zorg en ook oog heeft voor meer alledaagse zorginterventies die ongewild een forse impact op het leven kunnen hebben (aanwijzingen aangaande persoonlijke verzorging, eten, relaties, e.d.). Verder is het ontwerp op onderdelen gewoon ook moderner van snit en is er bijvoorbeeld aandacht voor zoiets als subsidiariteit. Maar dat alles kan niet verhelpen dat de regeling op belangrijke punten tekortschiet. Al met al lijkt het zelfs verantwoord te zeggen dat de Wet Bopz een volwaardiger rechtsbescherming biedt. Het meest frappant is voorts de gemelde gelijkschakeling van gewenste en ongewenste interventies; een naar mijn idee onbegrijpelijke manoeuvre. En naast een povere rechtsbescherming wordt in het bijzonder de ter zake wilsbekwame cliënt niet serieus genomen: wat hij wil wordt niet gehoord, wat hij niet wil krijgt geen aandacht. Zo'n regeling kan er maar beter niet komen. •

Noten

12. De WGBO gaat naar verwachting eveneens op de schop. Aangekondigd is een Wet Cliëntenrechten Zorg. Het laatste conceptontwerp daarvan bood een gelijklopende bepaling als het huidige art. 7:465 lid 6 BW; de concepttoelichting volstond met de opmerking dat er 'geen aanleiding [is] om haar te wijzigen'. Mij dunkt dat hier een nader A4'tje mag volgen. Zie over dit onderwerp ook (de verwijzingen in) mijn annotatie onder Rb. Amsterdam 28 juni 2006, *BJ* 2006/51. Zie over de aangekondigde

Wet Cliëntenrechten Zorg onder meer A. Hendriks en B. Krijnen, 'Het recht op zorg op verschillende manieren geregeld – maar jegens wie heeft de zorgconsument nu eigenlijk rechten?', *NJB* 2009, 964, afl. 20, p.1264.
13. De derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz was onverbloemd kritisch richting de inspectie die de thans toebedeelde actieve rol niet waarmaakt. Volgens die evaluatiecommissie zou de nieuwe regeling een kader moeten bieden dat zowel controle op hoofdlijnen als gericht toezicht op de individuele patiënt mogelijk

maakt (en waarbij in het bijzonder ook de verschillende vormen van ambulante zorg aandacht behoeven). Zie Derde evaluatiecommissie Wet Bopz, *Evaluatierapport: voortschrijdende inzichten ...*, Den Haag: Ministerie van VWS 2007, p. 115.
14. Op dit dossier is langzamerhand sprake van een moedeloosmakende besluiteloosheid. In 1996 had de eerste evaluatiecommissie van de Wet Bopz de verwachting dat een dergelijke vertrouwensfunctionaris een noodzakelijke voorwaarde zou zijn voor het effectief functioneren van de wet in beide secto-

ren. In 2002 oordeelde de tweede evaluatiecommissie: 'Binnen afzienbare termijn behoort de wet ook in deze sectoren een dergelijke functionaris verplicht te stellen.' In reactie was de regering telkens positief, maar verder is het ondertussen niet gekomen. Zie hierover voorts B.J.M. Frederiks, J. Legemaate, K. Blankman en C.M.P.M. Hertogh, 'Het wetsvoorstel Zorg en dwang: een verantwoorde verbetering voor de rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking en dementie?', *TvGR* 2010 (in druk).