

Nummer 3-4
Augustus 2011
Jaargang 7

Ggz en recht

Thema:
Wetsvoorstellen
cliëntenrechten:
actuele stand van
zaken

Nieuwsbrief voor de psychiatrie,
verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric

Hoofdredactie
Mr. dr. Brenda Frederiks

Inhoud

Redactionele bijdragen

- 25 Voorwoord / 62
- 26 Wat wordt er van de Wet verplichte ggz zonder een commissie? / 63
- 27 Voortschrijdende inzichten? / 69
- 28 Wet cliëntenrechten zorg: Van de regen in de drup? / 73
- 29 Het conceptwetsvoorstel Wijziging curatele, beschermingsbewind en mentorschap / 82
- 30 Weerbarstige politiek tast de rechtspositie van mensen met een beperking aan / 83
- 31 Wils(on)bekwaam verzet en geen bereidheid/geen bezwaar in het wetsvoorstel Vggz: losse eindjes / 85
- 32 Stand van zaken Wet verplichte meldcode huiselijk geweld, kindermishandeling, genitale verminking en eengerelateerd geweld / 89
- 33 De nieuwe regelgeving van de minister / 90
- 34 Ontwerp-Beginselenwet zorginstellingen naar de Raad van State / 95

Jurisprudentie

- 35 Psychiater en Wet Bopz: bij de behandeling betrokken? / 96
- 36 Overlast en Wet Bopz: stepped care en ambulante dwang niet mogelijk / 97

Actualiteiten

- 37 Doe mee aan onderzoek naar geweld in de psychiatrie / 98
- 38 Detailcontrole mogelijk bij alle ziektekostenverzekeringen / 98
- 39 Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling) / 99
- 40 Europese privacytoezichthouders verduidelijken het begrip 'toestemming' / 100
- 41 Bekendmaking Ontwerpbesluit Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en protocol materiële controle / 101

Agenda / 102

redactionele bijdragen

25 Voorwoord

mr. dr. L.A.P. Arends¹

Tristan van der V. houdt de gemoederen nog steeds bezig. En ook de geestelijke gezondheidszorg. Recentelijk was de man die met vele vuurwapens in een winkelcentrum in Alphen aan den Rijn een aantal mensen en zichzelf doodschoot weer in het nieuws. De GGZ-instelling die hem behandeld had zou niet gewaarschuwd hebben voor zijn geestelijke gezondheidstoestand en weigerde bovendien zijn dossier af te geven aan de officier van justitie. Terecht. Ook al is Nederland geschokt, zorgverleners behoren zich aan hun geheimhoudingsplicht te houden. De geheimhoudingsplicht dient een hoger doel dan alleen het beschermen van de privacy van patiënten. Het waarborgt ook de (laagdrempelige) toegang tot de zorg. Wanneer patiënten zich niet veilig weten, zullen zij niet meer (tijdig) de zorg vragen die zij nodig hebben. De geheimhoudingsplicht is niet absoluut. Soms mag en soms moet de geheimhoudingsplicht worden doorbroken. Daarvoor dient te allen tijde een belangenafweging te worden gemaakt. Wie daarbij een foute keuze maakt, loopt het risico om tuchtrechtelijk aangesproken te worden.

Op zichzelf zit dit systeem goed in elkaar. Desalniettemin vinden sommigen in de politiek nu dat de geheimhoudingsplicht ook in de wet minder absoluut zou moeten worden geregeld. In het voorstel van de Wet cliëntenrechten zorg is daarvoor een kleine aanzet gedaan. Nabestaanden van de cliënt mogen volgens dit voorstel dossiers van een overledene inzien als

zij een zwaarwegend belang hebben. In de huidige jurisprudentie is dat ook al zo. Inzage vanwege twijfel over een goede behandeling in verband met een mogelijke schadeclaim is volgens de rechtspraak wel een zwaarwegend belang, louter rouwverwerking niet.

In een aantal gevallen kan inzage door nabestaanden een goede zaak dienen. Maar soms ook niet. Er zijn ook patiënten die niet willen dat hun dossier na hun dood door anderen, in het bijzonder hun familie, wordt ingezien. Ook na de dood moet daarom ruimte blijven voor een belangenafweging. De huidige formulering van het voorstel maakt dit mogelijk, al is onduidelijk of het begrip 'nabestaanden van de cliënt' de kring van potentiële verzoekers tot inzage wel voldoende afbakt.

In het geval van Tristan van der V. is het maar de vraag of de samenleving haar rouw verwerkt met details over diens geestelijke gezondheid of dat met het prijsgeven van details over zijn gezondheidstoestand of behandeling zwaarwegende belangen worden gediend, die opwegen tegen het belang van het handhaven van het beroepsgeheim in deze casus. Soms is het maar beter zaken te laten rusten.

Een minder harde geheimhoudingsplicht zou bovendien wel eens meer problemen mee kunnen brengen dan dat zij oplost. En ongewenste, onverwachte gebeurtenissen zijn nou eenmaal niet altijd te vermijden. Ook niet met vroegtijdige openheid.

De politiek zit toch al niet stil. De voorstellen voor nieuwe patiëntenrechtenwetten buitelen over elkaar heen. Het ene voorstel lijkt meer doordacht dan het andere. In dit themanummer wordt een balans opgemaakt: hoe staat het met het voorstel Wet verplichte ggz, Wet zorg en dwang, Wet cliëntenrechten zorg en Wet forensische zorg? U wordt bijgepraat, met

¹ Luuk Arends is advocaat, verbonden aan de sectie gezondheidsrecht Dirkzwager advocaten en redacteur van dit blad.

hier en daar een kritische noot van de auteur over wenselijkheid en werkbaarheid.

Uiteraard neemt de redactie geen verantwoordelijkheid voor die kanttekeningen. Dit tijdschrift is een platform voor het delen van kennis en meningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Dat kan alleen goed werken als de redactie als geheel zich van een standpunt onthoudt. Een eenzijdig standpunt van de redactie zou auteurs met een eigen mening en met hun bijzondere kennis ervan kunnen weerhouden hun weg te vinden in dit tijdschrift. Dat willen wij niet. Dus schrijft elke auteur zijn stuk op persoonlijke titel, zelfs als hij lid is van de redactie.

26 Wat wordt er van de Wet verplichte ggz zonder een commissie?

*J.R. van Veldhuizen*²

1. Inleiding

Op 13 april 2011 werd door het ministerie van Veiligheid en Justitie en het ministerie van VWS een expertmeeting georganiseerd. Aanwezig waren beroepskrachten op persoonlijke titel vanuit onder andere betrokken partijen, zoals psychiaters, patiënten, familie, rechters, pvp, advocaten, Raad voor de rechtspraak, KNMG, politie, GGZ Nederland en NVvP. De meeting was georganiseerd, omdat op grond van noodzakelijke bezuinigingen was besloten dat er voor de commissie binnen de Wvggz geen plaats meer zou zijn. Vanuit de ministeries werd een alternatief van een 'meervoudige multidisciplinaire kamer' naar voren gebracht. Het feit dat de regering de commissies wil laten vervallen, leidde tot brede en diepgaande kritiek van veel partijen. Deze fundamentele

wijziging wordt door velen als een ernstige verarming ervaren. Het voorgestelde alternatief van een meervoudige multidisciplinaire kamer, bleek voor veel partijen van meet af aan een onbegaanbare weg. Met name juristen zien hier zeer weinig in. Vanuit de ministeries werd gevraagd om eventuele andere oplossingen en er werd constructief gezocht naar andere mogelijkheden om essentiële uitgangspunten van de Wvggz te waarborgen. Vanuit die discussie heb ik een aantal ideeën meegenomen en in deze bijdrage in een eerste schets uitgewerkt. Dit artikel beoogt vooral de discussie te voeden. De geschetste oplossingsrichting zal verder moeten worden onderzocht.

1.1 *Wat verdwijnt er met de commissie?*

In april 2011 is de commissie feitelijk een snelle en zachte dood gestorven. Wanneer we er na drie maanden op terugkijken, is het verbazend hoe weinig gezamenlijk protest heeft geklonken op de expertmeeting en nadien. Daaruit blijkt dat de commissie bij sommige partijen wellicht al minder gewenst werd dan voorheen. Dat lijkt niet of nauwelijks gebeurd door inhoudelijk groeiend inzicht. Er zijn in ieder geval geen publicaties van eerdere voorstanders van de commissie geweest, die hun eerdere steun aan dit concept op inhoudelijke gronden introkken. Er was wel een zekere patstelling gegroeid in de discussie over de tweetrapsraket met per zorgmachtiging eventueel twee plenaire zittingen (eerst bij de commissie en dan bij de rechter). Maar het bezuinigingsargument leek ook in deze discussie bij voorbaat niet betwistbaar en blijkt voldoende valide om de toekomst te dicteren.

Naar mijn mening valt nog zeer te bezien of het laten vervallen van de commissie tot bezuiniging zal leiden. Immers, een aantal rollen die aan de commissie waren toebedacht zullen nu elders ondergebracht moeten worden. Zal bijvoorbeeld het OM nu weer een

2 Drs. J.R. van Veldhuizen is psychiater en redacteur van dit blad.

plaats krijgen, en zal dat dan gratis blijken te werken? Zullen, zoals nu, de klachtencommissies weer een grote rol gaan spelen bij gedwongen behandeling? En zijn die goedkoper dan de commissie? En zal de rechter straks niet meer werk moeten verzetten zonder een goed voorbereid advies? Dat soort vragen is nauwelijks ter tafel gebracht in deze tijden van dappere bezuiniging...

Maar nog belangrijker is de vraag: wat verdwijnt er met de commissie? Aan die vraag is tot nu toe te weinig aandacht besteed. Dat is ernstig, omdat de commissie juist was geïntroduceerd om borg te staan voor een ander proces rondom besluiten tot gedwongen behandeling en opnemings. Een proces waarin bij elk besluit en de voorbereiding en uitvoering daarvan aandacht zou worden gegeven aan preventie, uitleg, transparantie, de aanwezigheid van verschillende (multidisciplinaire) gezichtspunten en de beleving daarvan bij patiënt en naasten. De hoorzitting van de commissie beoogde dat er meer (en meer maatschappelijke en toekomstgerichte) informatie over de betrokkene beschikbaar zou komen en dat met betrokkene en diens naasten onderzocht zou worden of er alternatieven waren en of er in geval van dwang vormen te vinden waren die als minder bezwaarlijk gevoeld zouden worden. De hoop was dat dit soort gesprekken per betrokkene ook op geaggregeerd niveau zou kunnen leiden tot meer consensus over drang en dwang in de psychiatrie. Een landelijke commissie zou dat kunnen bevorderen. Deze kwalitatieve argumenten moeten het nu afleggen tegen politiek 'realisme' ten aanzien van bezuinigingen. Maar recente internationale publicaties geven juist onderbouwing aan de noodzaak van de beoogde kwalitatieve processen. Priebe e.a.³ beschrijven de internationale verschillen in elf Europese landen over de waardering van dwangopnames door betrokkenen. Een maand na het einde van de gedwongen opname was 39 tot 71 procent van mening dat de opname terecht was geweest. Na drie maanden dacht 46 tot 86 procent daar

zo over. Er waren grote internationale verschillen, maar het streven is vanzelfsprekend dat na de gedwongen opname of behandeling de betrokkene dit op den duur als terecht gaat beleven. Dat zal zijn *compliance* met verdere hulpverlening ook versterken. Daarnaast publiceerden Newton-Howes en Mullen⁴ de eerste grote internationale metastudie over door cliënten ervaren dwang in de psychiatrie. Deze correleert met negatieve ervaringen en wordt ervaren als 'dehumanizing'. Ook niet-formeel onvrijwillige zorg kan daarbij reeds als dwang worden ervaren. De les die ik uit deze artikelen trek, is dat de procedure waarmee tot dwangbesluiten wordt gekomen een zeer zorgvuldige moet zijn, met veel momenten van hoor en wederhoor, maar ook met respectvolle uitleg en verantwoording, met ruimte tot onderhandeling. Daar liggen kansen voor legitimering en dusdanige zorgvuldigheid dat men zich menselijk behandeld voelt, ondanks alles. Daarnaast heb ik eerder beschreven⁵ dat de rechter het in de Wvvgz moeilijker krijgt dan in de Wet Bopz. De Bopz-beslissing betreft de vraag: wel of geen dwangopname? De rechter oordeelt niet over wat er gaat gebeuren binnen die dwangopname, welke behandeling eventueel onder dwang zal worden verricht. In de huidige voorwaardelijke machtiging staan al wel behandel- en zorginterventies genoemd, maar daarbij gaat het uiteindelijk bij niet-naleving opnieuw over opname als stok achter de deur. In de Wvvgz is voorzien in een zorgmachtiging, die aangeeft welke verplichte

3 Priebe e.a. (2010). Patiënt's views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *BJP*, 196, 179-185.

4 Newton-Howes & Mullen (2011). Coercion in Psychiatric Care: Systematic Review of Correlates and Themes. *Psychiatric Services*, 62; 465-470.

5 Van Veldhuizen (2009). Adviseren of beslissen? De positie van de Commissie Psychiatrische Zorg in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. *Journaal Ggz en recht*, 6, 155-171 en Van Veldhuizen (2010). Voorstel Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, *Journaal Ggz en recht*, 6 (4), p. 67-74.

behandeling en zorg betrokkene moet ondergaan en welke interventies de behandelaar in bepaalde situaties zal kunnen inzetten, zoals kortdurend gedwongen opname om iemand alsnog de medicatie gedwongen toe te dienen. De zorgmachtiging zal vaak transmurale aspecten hebben (welke verplichte ggz er in en buiten de kliniek kan worden geboden). Daarmee wordt de door de rechter opgelegde zorgmachtiging zodanig inhoudelijk, dat de rechter vaak niet zonder advies van een onafhankelijk deskundige zal kunnen. In de commissie conform het wetsvoorstel Wvvgz was bovendien de andere deskundigheid vanuit cliënt- en familieperspectief ingebouwd om de maatschappelijke implicaties beter te wegen.

Dit alles was de kwalitatieve winst die we met de commissies wilden boeken via de *stepped-care-aanpak*, de betere rechtspositie van de betrokken patiënt en familie, de beoogde ‘verbindende werking’ tussen partijen, de multidisciplinaire toetsing voorafgaande aan dwangtoepassing, het streven om dwang te reduceren en indien toch noodzakelijk beter te legitimeren en acceptabel te maken door betere informatie en betere procedures. Het is zorgelijk dat het veld deze waarden in de afgelopen maanden zo snel uit handen heeft laten vallen. Ik kan alleen maar hopen dat het parlement te zijner tijd nadrukkelijk wil stilstaan bij dit dreigend kwaliteitsverlies.

1.2 *Kunnen we (deels) repareren?*

Bij gemis van de commissie zal een groot aantal aan die commissie toegeschreven taken naar andere actoren of structuren moeten worden verlegd. Die beoogde taken betreffen onder andere de rol van onafhankelijk aanvrager van verplichte zorg, de bemiddeling, de multidisciplinaire oordeelsvorming waarin ook het patiënt- en familieperspectief nadrukkelijk wordt ingebracht, de advisering over zorgmachtiging, het beëindigen daarvan, advisering bij bijzondere (bijvoorbeeld forensisch) zorg, de bijdrage aan toezicht en systeemfeedback en de landelijke taken rond consensus-

vorming, ondersteunen van jurisprudentie en de multidisciplinaire richtlijn, het waken rond wederkerigheid op landelijk niveau en de opleiding van commissieleden. Een aantal van die activiteiten zal door andere actoren moeten worden overgenomen. In dit artikel beperk ik mij tot kwalitatieve aspecten rond de voorbereiding van de aanvraag tot zorgmachtiging, de besluitvorming over de zorgmachtiging en beëindiging. Mede naar aanleiding van de eerdergenoemde expertbijeenkomst ontwikkel ik hierna een mogelijke aanpak. Daarbij doe ik voorstellen voor concrete processtappen. Die zouden kunnen worden omschreven in de wet of in de multidisciplinaire richtlijn. Gezien het geringe draagvlak voor een multidisciplinaire meervoudige kamer, schets ik een situatie waarin de zorgmachtiging wordt afgegeven door de enkelvoudige rechter, die zich op afroep laat adviseren door deskundigen vanuit psychiatrisch, maatschappelijk, ervarings- en familieperspectief.

2. **De voorfase – binnen het behandelingstraject**

2.1 Voordat sprake is van het overwegen van verplichte zorg, zullen cliënten meer in staat moeten worden gesteld om via de ‘eigenkrachtaanpak’ zoveel steun en feedback te organiseren dat die dwang niet nodig blijkt. Aanbieders moeten deze aanpak met eigenkrachtconferenties dan ook stimuleren in de voorfase van drang en dwang. Ook andere preventieve interventies worden ingezet.

2.2 Komt toch dwang als ultimum remedium en in ogen van behandelaar/aanvrager als onvermijdbare stap ter sprake, dan zal de behandelend psychiater er alles aan moeten doen om met betrokkene alle mogelijke alternatieven door te nemen en te wegen op doelmatigheid en veiligheid maar ook op mate van ongewenstheid door de patiënt. In dit traject kan de behandelend arts niet ‘bemiddelen’ maar wel zo zorgvuldig mogelijk onderhandelen en zoeken naar de minst ingrijpende en meest acceptabele vormen van verplichte zorg.

In dit traject zal een nieuwe multidisciplinaire richtlijn leidend zijn. Dit traject moet leiden tot een *concept-zorg/behandelplan* waarin naast geaccordeerde interventies ook de mogelijk in een zorgmachtiging neer te leggen ‘verplichte interventies’ staan vermeld.

2.3 Eveneens op grond van de toekomstige multidisciplinaire richtlijn zal in de toekomst bij een aanvraag zorgmachtiging specifieke aandacht besteed worden aan de maatschappelijke doelen en mogelijkheden. Daartoe zal de maatschappelijk werkende of spv die aan de behandeling verbonden is, onderzoek doen naar maatschappelijk aspecten van voorgenomen (verplichte) behandeling, zoals huisvesting, inkomen, arbeidsmogelijkheden en dergelijke. Hiervan wordt een samenvattend verslag gevoegd bij het *concept-zorg/behandelplan* van de psychiater. Tevens zal deze functionaris contact leggen met de familievertouwenspersoon en de familie uitnodigen een ‘familiekaart’ (zie 2.5) op te stellen.

2.4 In deze voorfase voorafgaand aan voorneemen tot verplichte ggz, kan de behandelaar de betrokkene attenderen op de ‘zorgkaart’. Deze zorgkaart verandert enigszins van opzet ten opzichte van het eerdere wetsvoorstel Wvvggz. De nieuwe zorgkaart wordt een eigen statement van de patiënt hoe deze de zorg zou willen. Daarin kunnen doelen van zorg en behandeling staan, wat men wil bereiken, maar ook interventies die men al dan niet wil ondergaan. Ook kan het dienen als ‘*advanced directive*’, waarin staat welke dwang meer/minder acceptabel zou zijn, in geval van een zorgmachtiging. Betrokkene zal – gesteund door een pvp en/of ervaringsdeskundige – zijn eigen ‘zorgkaart’ opstellen, die (anders dan wat wordt beoogd in het huidige wetsvoorstel) niet meer door de behandelaar of geneesheer-directeur wordt aangevuld of geamendeerd.

2.5 De familiecontactpersoon wordt (eventueel gesteund door een spv’er) in staat gesteld om een ‘familiekaart’ op te stellen, die de visie van de familie of andere naasten weergeeft over de situatie van betrokkene en al dan niet

noodzakelijke behandeling. Familie kan hierin haar overwegingen samenvatten, vragen om aandacht voor specifieke doelen of interventies en aangeven welke bijdrage vanuit het steunsysteem kan worden geboden.

2.6 Wanneer de behandelend psychiater ondanks deze verduidelijking van standpunten geen openingen ziet zonder een aanvraag voor verplichte behandeling of zorg, zal hij dat melden aan de geneesheer-directeur. Hij legt daarbij het *concept-zorg/behandelplan* over. De geneesheer-directeur zal patiënt aanbieden dat een second opinion mogelijk is. Als patiënt dit accepteert, zal de second opinion verlopen volgens procedures zoals beschreven in de toekomstige multidisciplinaire richtlijn. De zorgkaart en familiekaart worden daarbij betrokken. Eventueel kan de geneesheer-directeur (indien daartoe middelen kunnen worden vrijgemaakt) ook een aanbod doen tot mediatie door een onafhankelijk deskundig mediator.

2.7 Indien voor een persoon op grond van art. 2.3 WFZ een zorgmachtiging wordt overwogen, zal de OvJ of de rechter een verzoek richten aan een geneesheer-directeur om een psychiater aan te wijzen die een voorlopig zorg/behandelplan opstelt conform de hiervoor weergegeven procedure.

3. De formele voorfase

3.1 Mochten de onder 2 genoemde interventies niet hebben geleid tot overeenstemming dan zet de behandelend psychiater de stap om een zorgmachtiging aan te gaan vragen. Hij meldt dit de geneesheer-directeur, die een onafhankelijk verklarend psychiater verzoekt een medische verklaring (ex art. 5:6 Wvvggz) op te stellen. Voor het opstellen van deze verklaring zijn in de multidisciplinaire richtlijn duidelijke normen en procedures vastgesteld, waarbij de verklarend psychiater informatie heeft vanuit het *concept-zorg/behandelplan* inclusief maatschappelijke rapportage, de zorgkaart, de familiekaart en eventuele verslagen van second opinion en/of mediatie.

3.2 In zijn verklaring kan de onafhankelijk verklarend psychiater (naast de gebruikelijke beoordeling ten behoeve van de rechter) inhoudelijke kanttekeningen maken bij het hem ter beschikking staande concept-zorg/ behandelplan, over bijvoorbeeld mogelijke alternatieve interventies en (on)mogelijkheden van uitvoering van het zorg/behandelplan.

3.3. Onafhankelijk of deze verklarend psychiater adviseert tot al dan niet verplichte ggz, doet deze zijn rapportage toekomen aan geneesheer-directeur en aan de OvJ, die op grond daarvan besluiten tot al dan niet aanvragen van de zorgmachtiging bij de rechter.

3.4. De verklarend psychiater kan desgewenst door de rechter bij de rechtszaak worden gehoord als deskundige. Voordeel daarvan is dat de rechter wordt geadviseerd door een psychiater die zelf met patiënt heeft gesproken.

3.5. De verklarend psychiater is lid van een landelijk orgaan (zie 6).

4. De rechtszitting

4.1 Het betreft de enkelvoudige kamer. De rechter heeft daarbij mogelijkheden voor het oproepen van gekwalificeerde, multidisciplinaire onafhankelijke deskundigen, namelijk de psychiater die de verklaring heeft opgesteld en/of een persoon die het patiënt- en familieperspectief vertolkt. Bij de zitting zijn behandelend arts, patiënt, familie, advocaat of pvp en eventueel anderen aanwezig. De rechter kan besluiten partijen afzonderlijk te horen en beslist ter zitting en motiveert de beslissing.

4.2 Deze in 4.1 genoemde deskundigen dienen tevens door de rechter te worden opgeroepen, indien de betrokkene of diens advocaat of de zorgverantwoordelijke daarom verzoekt.

4.3 De deskundigen functioneren niet slechts als inhoudsdeskundigen maar dragen er tevens aan bij dat ter zitting het gesprek gefocust kan zijn op mogelijke alternatieven en daarnaast op optimale legitimatie en onderbouwing van eventueel noodzakelijke verplichte zorg. De rechtbank zal daartoe de hoorzitting zo moe-

ten inrichten dat die niet slechts leidt tot het nemen van de goede beslissing, maar ook tot een optimale legitimatie van die beslissing voor alle betrokken partijen, die zich terdege gehoord en begrepen moeten voelen. Soms zal er plaats zijn voor bemiddeling of het aanhouden van een zaak.

4.4 De genoemde deskundigen zijn lid van het genoemde landelijk orgaan (zie 6).

4.5 Ingeval de rechtszitting een persoon betreft die via art. 2.3 van de WFZ door de strafrechter een zorgmachtiging krijgt opgelegd, dan zal het oproepen van de genoemde deskundigen vaste procedure zijn, mede om te bewaken dat het zorg/behandelplan ook inderdaad binnen de ggz uitvoerbaar zal zijn en dat nadrukkelijk het patiënt- en familieperspectief is meegewogen.

5. Beëindiging van zorgmachtigingen

5.1 Bij de 'gewone' zorgmachtiging (niet ex WFZ) zal de geneesheer-directeur de beslissing over beëindiging nemen op advies van de behandelend psychiater. De beoogde rol van de commissie lijkt niet door andere actoren in te vullen. Voor betrokkene staan mogelijkheden open tot verzoek van beëindiging en eventueel klachtmogelijkheden op beslissingen daarover.

5.2 Bij zorgmachtigingen ex WFZ is voorzien in een melding van het voornemen van beëindiging door de geneesheer-directeur aan de OvJ. Ingeval de OvJ het niet met een voorgenomen beëindiging eens is, kan deze dit voorleggen aan de rechter. In dat geval dienen de deskundigen opnieuw te worden geraadpleegd ter zitting.

6. Landelijk orgaan

6.1 De Wvvgz beoogt ook een verbindende werking te hebben tussen partijen, onder andere middels een breed multidisciplinaire aanpak, die wordt geconcretiseerd in een op te stellen multidisciplinaire richtlijn. De destijds beoogde commissies zouden landelijk ook een taak hebben in verzameling van jurispruden-

tie, ontwikkelen van procedures en opleiden van betrokken deskundigen.

6.2 Het lijkt haalbaar een aantal taken onder te brengen bij een landelijk orgaan met brede samenstelling van deskundigheid van alle betrokken partijen, zoals cliënten, familie, juristen, pvp, psychiaters, verpleegkundigen en dergelijke. Dit orgaan zou taken kunnen krijgen in de voorbereiding en actualisering van de richtlijn en het opleiden, bijscholen en wellicht accrediteren van de deskundigen (verklarend psychiaters of artsen, deskundigen vanuit psychiatrisch, patiënt- en familieperspectief).

6.3 Een dergelijk gremium zal niet beschikken over een eigen apparaat met directe gegevensverzameling (zoals dat bij de commissie wellicht had kunnen worden gerealiseerd), maar vanuit de praktijkervaringen van diverse deskundigen en vanuit jurisprudentie en andere bronnen zal men relevante landelijke trends kunnen bespreken en eventueel daarover met gezag kunnen adviseren aan koepelorganisaties en politiek.

6.4 Een dergelijk orgaan zal onafhankelijk van het veld dienen te worden gepositioneerd, wellicht als aparte vereniging van deskundigen of als onderdeel van een adviesorgaan van de overheid.

7. Toezicht

7.1 In de eerdere versie van de Wvggz werd de mogelijkheid geschetst dat de commissie (door haar brede informatie over en formele betrokkenheid bij allerlei beslissingen en tenuitvoerlegging van verplichte ggz) ook signalen zou kunnen formuleren over de werkwijze van het systeem. Weliswaar zou dat geen formeel toezicht zijn, maar wel feedback aan alle actoren in het systeem en eventueel signalering naar de IGZ. Deze rol kan niet door lokale deskundigen worden overgenomen.

7.2 Daarom lijkt het wenselijk de IGZ steviger dan tot nog toe te positioneren binnen de Wvggz. Ook de taken ten aanzien van Bopzis zullen bij de IGZ moeten blijven liggen.

7.2 Van de commissies werd door sommigen ook verwacht dat zij via dossiervorming bij personen die meermalen met een zorgmachtiging of crisismaatregel zouden worden geconfronteerd, ook gaandeweg een indruk over de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging in individuele gevallen zouden kunnen krijgen. Dit aspect van 'toezicht' of *follow-up* lijkt zonder een commissie moeilijk te realiseren. Wellicht kan de rechtbank bij personen voor wie meermalen een zorgmachtiging of crisismaatregel wordt aangevraagd een extra beroep doen op de deskundigen.

8. Conclusie

Het laten vervallen van de commissie in de Wet verplichte ggz heeft ingrijpende kwalitatieve gevolgen. We moeten vrezen dat minder investeren in overleg, hoorzittingen en gesprek vanuit diverse optieken en deskundigheden uiteindelijk resulteert in minder acceptatie van de opgelegde dwang door betrokkene. Dat levert risico's voor latere hulpverlening. Daarnaast had de commissie een belangrijke taak om de rechter te adviseren over meer complexe besluiten dan in de huidige Bopz. Het gaat nu om zorgmachtigingen waarin langer durende behandeling staat omschreven.

Het zou goed zijn wanneer men terugkwam op het besluit de commissies te laten vallen, maar de politieke realiteit stemt weinig optimistisch. Daarom doe ik suggesties voor een andere systematiek, waarin zo veel mogelijk kwalitatieve winst haalbaar blijft. Hoofdpunten zijn onder andere 'beter voorwerk', 'deskundigen op afroep bij zitting', 'zorgvuldigheidseisen vastleggen in multidisciplinaire richtlijn' en 'deskundigen landelijk scholen en bijeenbrengen'.

27 Voortschrijdende inzichten?

Mr. dr. B.J.M. Frederiks⁶

Inleiding

Op 9 juli 2009 werd het wetsvoorstel Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten⁷ aangeboden aan de Tweede Kamer. Het verslag van de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met daarin een aantal kritische vragen over de inhoud van het wetsvoorstel, dateert al weer van 10 september 2009.⁸

In de tussentijd werd staatssecretaris Veldhuizen van Zanten-Hyllner verantwoordelijk voor de inhoud van het wetsvoorstel. De casus Brandon (begin 2011) bracht het thema vrijheidsbeperking volop onder de aandacht. Rond het wetsvoorstel Zorg en dwang bleef het in 2010 en begin 2011 stil, totdat in mei 2011 bijna geruisloos de nota naar aanleiding van het verslag verscheen.⁹ Naast deze nota bracht de staatssecretaris van VWS ook een nota van wijziging uit.¹⁰ Oorspronkelijk zou het wetsvoorstel Zorg en dwang vlak voor de zomer in de Tweede Kamer worden behandeld. De meest recente agenda, van 24 juni 2011, maakt duidelijk dat begin september 2011 het wetsvoorstel opnieuw is geagendeerd. In dit artikel staat één vraag centraal: tot welke *nieuwe inzichten* is de staatssecretaris anno 2011 gekomen naar aanleiding van onder meer de vragen en opmerkingen in het verslag, ontwikkelingen in de ggz (wetsvoorstel verplichte ggz) en de recente casus Brandon? In eerdere artikelen kwam ik tot de conclusie dat de rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking en met dementie niet wordt verbeterd door de inhoud van het wetsvoorstel.¹¹ Diverse essentiële elementen ontbreken hiervoor waaronder extra waarborgen voor langdurige en ingrijpende vormen van vrijheidsbeperking, gedegen (extern) toezicht vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg

(IGZ) dan wel betrokkenheid van een andere externe commissie en de functie van cliëntenvertrouwenspersoon. Ook creëert het wetsvoorstel onduidelijkheid over bevoegdheden en verantwoordelijkheden van hulpverleners.

De casus Brandon; gemiste kansen?

Begin dit jaar stond Brandon, een cliënt met een verstandelijke beperking, volop in het nieuws. Brandon verbleef in een beperkte, aparte ruimte waar hij geen contact had met andere cliënten en niet naar buiten ging. Als een medewerker of familielid in de ruimte aanwezig was, had hij geleerd om zichzelf vast te maken met een band, die met een lijn aan de muur was bevestigd. Deze situatie duurde al drie jaar.¹²

De IGZ oordeelde dat de zorg voor Brandon voldeed aan de normen van verantwoorde zorg.¹³ De staatssecretaris gaf in haar reactie aan dat vrijheidsbeperking een van de ergste dingen is die je een cliënt kunt aandoen. Tegelijkertijd gaf ze ook aan dat er omstandigheden zijn waaronder het nu eenmaal niet anders kan. Mensen zijn soms zo ziek en gehandicapt, aldus de staatssecretaris.¹⁴

Direct nadat Brandon in het nieuws verscheen, werd door enkele Tweede Kamerleden

6 Brenda Frederiks is Universitair docent gezondheidsrecht, VUMC/EMGO+ en eindredacteur van *Journaal Ggz en recht*.

7 *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 2.

8 *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 5.

9 *Kamerstukken II* 2010/11, 31996, nr. 6.

10 *Kamerstukken II* 2010/11, 31996, nr. 7.

11 Zie ook B.J.M. Frederiks, 'Wetsvoorstel Zorg en dwang: een eerste verkenning', *Journaal GGZ en recht*, 2009(5), p. 111-128 en B.J.M. Frederiks, J. Legemaate, K. Blankman en C.M.P.M. Hertogh, 'Het wetsvoorstel zorg en dwang: een verantwoorde verbetering van de rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking en dementie?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2010(2), p. 76-86.

12 B.J.M. Frederiks, 'Juridische houdbaarheid van vrijheidsbeperking rammelt. Brandon is meer dan een gevaar', *Medisch Contact* 2011(9), p. 548-550.

13 Inspectie voor de Gezondheidszorg, 18 januari 2011, www.igz.nl.

14 *Kamerstukken II* 2010/11, 24170, nr. 117.

een spoeddebat aangevraagd. Opvallend was dat noch in dit debat, noch in het plan van aanpak¹⁵ dat kort daarop volgde, een verband werd gelegd met het wetsvoorstel Zorg en dwang. In het plan van aanpak geeft de staatssecretaris aan dat er vermoedelijk nog 40 schrijnende situaties zijn. Een belangrijk onderdeel van het plan is de installatie van een denktank die als opdracht heeft meegekregen om de situatie van schijnbaar perspectiefloze situaties te doorbreken.¹⁶ Begin 2012 komt de denktank met een eerste tussenrapportage.

De staatssecretaris refereert in een antwoord op een Kamervraag eind april 2011 voor het eerst aan het wetsvoorstel Zorg en dwang.¹⁷ Het betreft de in het wetsvoorstel opgenomen wettelijke registratieplicht voor alle vormen van vrijheidsbeperking, ongeacht of een cliënt wel of niet instemt met vrijheidsbeperking. De intentie van de wet is dat de IGZ zicht krijgt op alle vormen van vrijheidsbeperking. Bovendien vormt de registratie een extra stimulans voor zorgaanbieders om nog eens goed naar al hun maatregelen te kijken. Het wetsvoorstel pretendeert immers dat vrijheidsbeperking het laatste middel is en verwijst daarbij naar drie belangrijke beginselen: proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.

Het is jammer dat weinig Tweede Kamerleden naar aanleiding van Brandon in discussie zijn gegaan met de staatssecretaris over de inhoud van het wetsvoorstel. Het feit dat straks alle vormen van vrijheidsbeperking worden geregistreerd is zeker een stap in de goede richting om meer inzicht te krijgen in wat er allemaal gebeurt in instellingen. De casus Brandon laat ook zien dat een ingrijpende en vooral langdurige toepassing van vrijheidsbeperking – in dit geval afzondering en fixatie – in de huidige wetgeving niet omringd is met extra juridische waarborgen. Het wetsvoorstel Zorg en dwang laat het op dit punt ook afweten. Alle vormen van vrijheidsbeperking worden op een en dezelfde manier behandeld. Het wetsvoorstel maakt geen onderscheid tussen een cliënt die twee jaar lang in een afzonderings-

ruimte verblijft, en een cliënt die niet mag kiezen tussen koffie of thee, of niet naar GTST mag kijken.

Het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) stuurde op 28 mei jl. een brief naar de staatssecretaris waarin het reageert op een standpunt van de staatssecretaris naar aanleiding van de casus Brandon.¹⁸ Het CCE benadrukt dat vrijheidsbeperkende maatregelen in bepaalde gevallen onontkoombaar zijn. In zijn brief maakt het CCE ook duidelijk dat het moet gaan om *tijdelijke* maatregelen. Het CCE stelt voor om in *die gevallen*, waarbij het de zorgaanbieder niet lukt om vrijheidsbeperkende maatregelen af te bouwen, het inwinnen van *extern advies* verplicht te stellen. In de brief wordt niet gesproken over hoe lang een vrijheidsbeperkende maatregel mag duren, voordat het CCE moet worden ingeschakeld. Het CCE eindigt de brief door te zeggen dat in het overgrote deel van de gevallen vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden stopgezet of aanzienlijk afgebouwd.

De boodschap van het CCE is niet geheel nieuw. In «JVggz» verscheen eerder dit jaar een uitspraak van de Rechtbank Maastricht¹⁹ waarin een oordeel wordt gegeven over een langdurige separatie (vier maanden) bij een patiënt met psychiatrische problematiek. De rechtbank oordeelt dat ‘gelet op de inbreuk die deze zeer ingrijpende en langdurige dwangbehandeling maakt op de lichamelijke integriteit van verzoeker’ een periodieke en regelmatige toetsing in de rede ligt. De maandelijkse evaluatie op grond van artikel 56 lid 1 Wet Bopz is hier niet voldoende. De rechtbank doet geen uitspraken over de wijze waarop de evaluatie plaats moet vinden en of daar ook

15 *Kamerstukken II* 2010/11, 24170, nr. 121.

16 *Stcr.* 5399, 30 maart 2011.

17 *Kamerstukken II* 2010/2011, 2389, Aanhangsel van de handelingen.

18 *Kamerstukken II* 2010/2011, 2389, Aanhangsel van de handelingen.

19 Rechtbank Maastricht 7 oktober 2010, «JVggz» 2011/11.

een externe partij bij moet worden betrokken. Ik ben van mening dat de staatssecretaris in het wetsvoorstel Zorg en dwang extra zorgvuldigheidseisen moet inbouwen voor ingrijpende en langdurige vormen van vrijheidsbeperking (separatie, afzondering, medicatie) waarbij cliënten langer dan een week in hun vrijheid worden beperkt zonder enige verbetering. Of een vrijheidsbeperking ingrijpend is moet per individuele situatie vastgesteld worden.²⁰ De volgende zorgvuldigheidseisen zijn relevant: het verplicht inschakelen van een onafhankelijk advies én het informeren van de IGZ.²¹ Ook een cliëntenvertrouwenspersoon behoort een duidelijke rol te krijgen. De inhoud van het huidige wetsvoorstel is naar mijn mening te vrijblijvend op dit punt (o.a. art. 10 Wetsvoorstel Zorg en dwang).

Nota van wijziging; nieuwe inzichten?

De kern van de nota van wijziging is dat de staatssecretaris afstemming heeft gezocht met het wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg en het wetsvoorstel Verplichte ggz. De meest in het oog springende wijziging betreft de voorwaarden voor onvrijwillige opname, waarbij tegemoet wordt gekomen aan eerder geuite kritiek van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad). De raad was van mening dat de inhoud van het wetsvoorstel Zorg en dwang in strijd zou zijn met het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een beperking. Het hebben van een verstandelijke beperking zou geen rechtsbasis mogen zijn om een cliënt in zijn vrijheid te beperken. In het licht van het EVRM en ook de huidige wetgeving was de kritiek van de CG-raad bijzonder. Het enkele gegeven dat iemand een psychiatrische stoornis of een verstandelijke beperking heeft, vormt noch in de Wet Bopz noch in het wetsvoorstel Zorg en dwang een doorslaggevende reden om hem zijn vrijheid te ontnemen of te beperken. Er moet immers sprake zijn van gevaar dan wel ernstig nadeel dat voortvloeit uit de stoornis of beperking. Toch heeft de staatssecretaris in de nota van

wijziging een aantal artikelen aangepast. Het centrale uitgangspunt is nu niet langer de verstandelijke beperking of dementie, maar het gedrag dat voortvloeit uit de stoornis.

Een ander nieuw element is dat cliënten waarvan is vastgesteld dat zij een verstandelijke beperking of dementie hebben, ook een *psychiatrische stoornis* kunnen hebben. Deze bepaling leidt tot een betere afbakening met het wetsvoorstel Verplichte ggz. De indicatie verstandelijke beperking dan wel dementie is leidend. De casus Brandon heeft (voorlopig) geen zichtbare gevolgen voor de inhoud van het wetsvoorstel Zorg en dwang. De wetgever heeft wel extra zorgvuldigheidseisen ingebouwd voor de doelgroep minderjarigen. Onvrijwillige zorg mag alleen in het zorgplan worden opgenomen als de betrokken hulpverleners kennis hebben van kinderen en jeugdigen. Dit mag echter ook de zorgverantwoordelijke zijn waardoor een orthopedagoog geen vereiste is.

Nota naar aanleiding van het verslag; nieuwe inzichten?

In de nota naar aanleiding van het verslag worden alle – deels kritische – opmerkingen van Tweede Kamerleden zorgvuldig beantwoord. De staatssecretaris blijft onderstrepen dat met het wetsvoorstel de rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met dementie wordt versterkt. Het zorgplan en het introduceren van een stappenplan waaraan vrijheidsbeperking moet worden getoetst, zijn twee belangrijke instrumenten. Het wetsvoorstel houdt rekening met

²⁰ In Engeland wordt een onderscheid gemaakt tussen een *restriction of liberty* (minder ingrijpend) en *deprivation of liberty* (zeer ingrijpend). Op grond van Europese jurisprudentie wordt per individuele situatie bepaald hoe een vrijheidsbeperkende maatregel geclassificeerd moet worden. In ieder geval spelen duur en frequentie ook een rol.

²¹ In de Richtlijn besluitvorming dwangopname en behandeling (2008) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is in aanbeveling 24 vastgelegd dat als een separatie langer dan een week duurt, onafhankelijke consultatie ingeschakeld moet worden.

de bijzondere eigenschappen van de doelgroepen die veelal niet of niet meer hun wil kunnen uiten. Daarnaast zet het wetsvoorstel sterk in op het terugdringen van dwang, aldus de staatssecretaris.²²

Ondanks deze mooie woorden blijft er voldoende ruimte over voor kritiek. De staatssecretaris lijkt zichzelf ook tegen te spreken. Ze geeft duidelijk aan dat de doelgroep waarvoor het wetsvoorstel is geschreven voor het grote deel wilsonbekwaam is, maar als het dan over rechtsbescherming gaat, verwijst ze naar de beroepsmogelijkheid bij de rechter. Hoe ziet ze dat voor zich? Mensen met een verstandelijke beperking of hun vertegenwoordiger klagen nu al nauwelijks over Bopz-zaken bij een klachtencommissie, laat staan dat ze naar de rechter zullen stappen.

Tegelijkertijd is er een doelgroep die wel degelijk zijn wil kan uiten. Mensen met een lichte verstandelijke beperking vormen een dynamische doelgroep binnen de sector die niet op alle punten in het wetsvoorstel serieus wordt genomen. Hoe zit het met zelfbinding? De aanwezigheid van een cliëntenvertrouwenspersoon? Het grootste punt van kritiek blijft wat mij betreft de rechtsbescherming van cliënten. De staatssecretaris hanteert nog altijd een nauwe interpretatie van rechtsbescherming.²³ Dit alles maakt het gemis van een cliëntenvertrouwenspersoon nog groter. De staatssecretaris vindt dat deze functionaris, die in de psychiatrie een afwachende en partijdige opstelling heeft, niet geschikt is voor cliënten met een verstandelijke beperking en dementie: 'Ik constateer dat in beide sectoren al veel functionarissen rondlopen die zich bezighouden met de rechtspositie van de cliënt; een klachtenfunctionaris, de vertrouwenspersoon en de mentor.' Het zou lastig en onoverzichtelijk worden voor een cliënt als een cliëntenvertrouwenspersoon wordt toegevoegd aan de huidige functionarissen. De staatssecretaris maakt hier rare sprongen. Naar wie moet een cliënt toe stappen als hij het niet eens is met zijn mentor en zijn persoonlijk begeleider? Heeft de staats-

secretaris kennisgenomen van de handreiking van cliëntenvertrouwenspersonen in de langdurige zorg? Een klachtencommissie is toch vaak een stap te ver. De staatssecretaris ziet het anders. In het wetsvoorstel Zorg en dwang kunnen cliënten kiezen of zij eerst gebruik willen maken van een laagdrempelige klachtenopvang of dat zij direct stappen naar een klachtencommissie die onafhankelijk is van de instelling.

Conclusie

De bovenstaande analyses van de nota van wijziging en de nota naar aanleiding van verslag maken inzichtelijk dat de casus Brandon en ook het wetsvoorstel Verplichte ggz niet tot substantiële wijzigingen hebben geleid. Na de zomer wordt het wetsvoorstel Zorg en dwang in de Tweede Kamer besproken. Hoewel de staatssecretaris de voorkeur uitspreekt voor een eigen wet voor de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en dementie, is ze wel bereid om te onderzoeken of beide wetsvoorstellen, Zorg en dwang en Verplichte ggz, op de langere termijn kunnen samengaan. Voorlopig koerst ze echter aan op zoveel mogelijk snelheid,²⁴ wat niet ten goede komt aan de inhoud van het wetsvoorstel en de onderlinge afstemming met verplichte ggz. Al eerder gaf ik aan dat het wetsvoorstel Verplichte ggz op diverse punten beter in elkaar zit en dat bovendien veel termen in deze wet, in vergelijking tot de huidige Wet Bopz, ook geschikt zijn voor de andere twee sectoren.²⁵ Van voortschrijdende inzichten is nog niet veel te merken.

²² *Kamerstukken II* 2010/11, 31 996, nr. 6, p. 1-3.

²³ Zie *Kamerstukken II* 2010/11, 31 996, nr. 6, p. 7 en par. 4.

²⁴ *Kamerstukken II* 2010/11, 31 996, nr. 6, p. 4-5.

²⁵ Zie B.J.M. Frederiks, 'Wetsvoorstel Zorg en dwang: een eerste verkenning', *Journaal Ggz en recht*, 2009(5), p. 111-128 en B.J.M. Frederiks, J. Lege maate, K. Blankman en C.M.P.M. Hertogh, 'Het wetsvoorstel zorg en dwang: een verantwoorde verbetering van de rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking en dementie?' *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2010(2), 76-86.

28 Wet cliëntenrechten zorg: Van de regen in de drup?

Mr. M. Jonkers²⁶

1. Inleiding

Op 1 juli jl. heeft minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de nota van wijziging en de nota naar aanleiding van het verslag Wet cliëntenrechten (Wcz)²⁷ naar de Tweede Kamer gezonden.

De brancheorganisaties van zorgaanbieders ActiZ, GGZ Nederland, NFU, NVZ en VGN, verenigd in BoZ, Brancheorganisaties in de Zorg, hebben zich in het verleden uiterst kritisch uitgelaten over deze ‘wet van Klink’, die onder minister Schippers doorgezet wordt. De kritiek van de brancheorganisaties in de zorg heeft gehoor gekregen bij de Tweede Kamer. Hoewel alle partijen voor een betere rechtspositie van de cliënt zijn, zet elke partij kritische kanttekeningen en vragen bij het voorstel. Hieronder een themagewijze samenvatting van genoemde kritiekpunten van de Kamer en het antwoord van minister Schippers, eindigend met een conclusie.²⁸

In dit artikel wordt met betrekking tot het voorstel Wcz steeds “het voorstel” gebruikt. Daar waar minister Schippers het heeft over de Beginselenwet zorginstellingen spreekt zij van een ‘voorstel’. In dit artikel wordt gesproken van ‘ontwerp’ omdat ten tijde van het schrijven van dit artikel de Raad van State nog advies hierover moet uitbrengen en dus nog formeel niet de status van wetsvoorstel heeft.

2. Eén wet beter voor de cliënt?

2.1 Geen overzicht van cliëntenrechten door versnippering en delegatiebepalingen

De inzichtelijkheid van het wetsvoorstel ontbreekt omdat bepalingen gedeeltelijk zijn overgenomen of van toepassing zijn verklaard, bijvoorbeeld die voor de alternatieve behande-

laar en de solistisch werkenden, de zzp-ers.²⁹ Verder bevat het voorstel een groot aantal delegatiebepalingen die regelgeving in een andere vorm mogelijk maken, zoals het stellen van nadere eisen aan de leden van het toezicht houdende orgaan en het stellen van kwaliteits- en veiligheidsregels. De voordelen van het samenvoegen in één wet en het oplossen van versnipperde wetgeving worden niet benut nu diverse regelingen toch naast elkaar blijven bestaan (bijvoorbeeld het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg, het wetsvoorstel zorg en dwang en het ontwerp-Beginselenwet zorginstellingen) en de mogelijkheid om in de toekomst nadere regels buiten de Wcz om te maken.

Naast de Wcz regelt het ontwerp Beginselenwet zorginstellingen³⁰ ook een aantal rechten voor cliënten in de care³¹ waarmee het oorspronkelijke doel van de regering van één wet lijkt te zijn verlaten.

In de toekomst wil de minister bezien of en in hoeverre integratie van de algemene wet met de drie specifieke wetten wenselijk en mogelijk is. Maar op dit moment geeft zij prioriteit aan een snelle inwerkingtreding van de verschillende wetten en wil zij verdragingen als gevolg van (discussies over) een mogelijke integratie voorkomen.

26 Marloes Jonkers is jurist op het gebied van gezondheidswetgeving en redacteur van *Journal Ggz en recht*.

27 TK 32 402, 13 juli 2011, te vinden op www.rijksoverheid.nl

28 Een officieel standpunt vanuit het veld, in het bijzonder de Brancheorganisaties in de zorg, wordt na de zomer verwacht.

29 Zelfstandige zonder personeel.

30 Ten tijde van het schrijven van dit artikel moet de Raad van State nog advies hierover uitbrengen en heeft het ontwerp dus nog formeel niet de status van wetsvoorstel, zie www.rijksoverheid.nl

31 verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg, langdurige ggz en langdurige thuiszorg.

2.2 *Eén wet is niet de oplossing; wél voorlichting, communicatie en zelfregulering*

Dat er knelpunten liggen in de huidige patiënten- en verzekeringswetgeving betekent niet dat één nieuwe wet beter zou zijn dan het oplossen van de bestaande knelpunten. De Kamer meent dat de Wcz kan leiden tot onnodige juridisering: goede zorg is primair de wijze waarop zorgaanbieders en cliënten met elkaar omgaan, met wederzijds respect en een goede onderlinge verhouding en communicatie, aspecten die niet door wetgeving kunnen worden bewerkstelligd.

Het kabinet heeft echter als uitgangspunt: zelfregulering wanneer dit mogelijk is en wet- of regelgeving wanneer dit nodig is. Minister Schippers onderschrijft het belang van 'additionele maatregelen' naast wetgeving en noemt hierbij de resultaten van het programma Zichtbare Zorg en het meten van cliëntenervaringen, zichtbaar op www.kiesbeter.nl; veldinitiatieven als tweezijdige algemene voorwaarden; inrichting geschilleninstanties; gedragscodes; bekostiging cliëntenraden en oprichting van het Kwaliteitsinstituut. Daarbij erkent Schippers dat ook voorlichting nodig is om de cliënten te informeren over hun rechten en mogelijkheden. Hierbij refereert zij aan de vele initiatieven die al vanuit het veld (o.a. zorgaanbieders, verzekeraars, professionals en cliëntenorganisaties) zijn ondernomen en noemt daarvan voorbeelden zoals informatie-websites, de campagne van de Consumentenbond en dergelijke.

2.3 *De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) blijft gelden*

De WGBO en de bijbehorende jurisprudentie blijven in hun volle omvang bestaan en wordt geheel in het voorstel opgenomen. In artikel 7:446 BW wordt toegevoegd dat de bepalingen van de WGBO en de Wcz naast elkaar van toepassing zijn, behoudens voor zover deze bepalingen niet goed verenigbaar zijn of de strekking daarvan in verband met de aard van

de rechtsbetrekking zich tegen toepassing verzet.

2.4 *Goed bestuur en toezicht*

Met betrekking tot de leden van het toezicht houdende orgaan meent de minister dat de zorgaanbieder via de statuten moet waarborgen dat genoemde leden in staat zijn tot een goede taakvervulling (bijvoorbeeld door het limiteren van het aantal nevenfuncties). De Zorgbrede Governancecode³² moet de wettelijke verplichting in de praktijk nader vormgeven.

De minister verwacht niet dat goede bestuurders en toezichthouders door de nieuwe regels gaan afhaken. Zij meent dat, nu het wetsvoorstel al zeer geruime tijd openbaar is, mag worden aangenomen dat er geen sprake is van een zodanige invloed van de Wcz dat bestuurders en toezichthouders niet langer in de zorg werkzaam zouden willen zijn.

2.5 *Geen onderscheid tussen zzp -er en instelling*

In het wetsvoorstel wordt de alleenwerkende natuurlijke persoon (de zzp-er) benoemd als zorgaanbieder voor het gehele zorgdomein. De leden van de D66-fractie vragen of het benoemen van zzp-er als zorgaanbieder in de context van wat de wet beoogt, realistisch is. Deze leden denken dat het voor een zzp-er haast ondoenlijk is om aan alle eisen die aan een zorgaanbieder worden gesteld, te voldoen. Zzp'ers die een contract sluiten met een zorgaanbieder voor de levering van zorg, zijn volgens het voorstel zelf geen zorgaanbieder. Deze zzp'ers moeten er wel aan bijdragen dat de zorgaanbieders voor wie zij werken, hun verplichtingen kunnen nakomen (artikel 2, tweede lid).

Bij de beslissing om als solist een bepaalde vorm van zorg te verlenen, dient volgens de minister de zorgverlener rekening te houden

³² http://www.brancheorganisatieszorg.nl/governancecode_

met het feit dat hij die zorg alleen verleent. Hij moet immers voldoen aan de professionele standaarden die gelden voor die vorm van zorg. Dat kan betekenen dat hij moet besluiten bepaalde zorgvormen niet te verlenen of dat hij daarbij afspraken maakt met andere zorgverleners over, bijvoorbeeld, continuïteit van zorg.

Het wetsvoorstel kent, anders dan de huidige regelgeving, een differentiatie in de verantwoordings-eisen tussen grote (met meer dan 10 zorgverleners) en kleine organisaties (met minder dan 10 zorgverleners of de individueel zorgverlener). De veranderingen hebben verder betrekking op keuze-informatie en verslaglegging. De minister vindt transparantie van de kwaliteit zo belangrijk, dat alle zorgaanbieders, ook de solistisch werkenden, inzicht moeten geven in de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Bij de verantwoording over kwaliteit en het verstrekken van keuze-informatie zal rekening worden gehouden met het uitgangspunt dat van een solistisch werkende zorgverlener of van een kleine organisatie niet dezelfde informatie kan worden verwacht als van een grote organisatie.

2.6 *Verantwoordelijkheidsverdeling tussen bestuur en professionals blijft hetzelfde*

Het voorstel bepaalt in artikel 2 dat de arbeids- of toelatingsovereenkomst niet treedt in de verantwoordelijkheid van de zorgverlener zoals die voortvloeit uit de professionele standaard. De verantwoordelijkheidsverdeling tussen instellingsbestuur en medisch-specialist³³ blijft dezelfde verdeling, zoals die nu in de Kwaliteitswet zorginstellingen en in de Wet beroepen in de gezondheidszorg (Wet BIG), is vastgelegd. Het bestuur van de instelling is (eind-) verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en ondersteuning door of binnen het kader van de instelling geleverd. De beroepsbeoefenaar is zelfstandig verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg. Zorgprofessionals kunnen daarbij altijd gemotiveerd afwijken van evidence based richtlijnen, als zij dit maar

aantekenen in het cliëntdossier met de argumentatie van de afwijking (volgens het principe: "pas toe of leg uit").

2.7 *Verplichting verklaring omtrent gedrag (VOG) en antecedentenonderzoek*

Minister Schippers wil de VOG wettelijk verplichten en acht het denkbaar dat de screening in de toekomst niet ophoudt na de VOG bij indiensttreding.

3. **Rechten van de patiënt**

In het kader van de toekenning van rechten van patiënt (of juist niet) door het voorstel – naast die in de WGBO – wordt in de komende paragrafen nader ingegaan op de tolkvoorziening; wettelijk recht op afstemming; recht op informatie over incidenten; recht voor nabestaanden op inzage dossier overledene. Tot slot apart aandacht voor het recht op familie- en gezinsleven. De medezeggenschapsrechten komen apart aan de orde in hoofdstuk 6.

3.1 *Tolkvoorziening komt voor rekening van de zorgaanbieder*

Minister Schippers meent dat wanneer een zorgverlener onvoldoende vertrouwen heeft dat de cliënt hem begrijpt, hij ertoe kan overgaan zelf een tolk of vertaler in te zetten.

3.2 *Keuze-informatie door zorgaanbieder is niet objectief en neutraal*

De PvdA-fractie vraagt waarom ervoor is gekozen dat bij het recht op informatie de zorgaanbieder de door cliënt verzochte informatie moet verstrekken; zij denkt dat er een risico bestaat dat die informatie een objectief en neutraal karakter mist.

De minister antwoordt dat zij niet zou weten wie anders deze informatie moet aanleveren.³⁴ De minister ziet hier ook een rol voor de cliëntenorganisaties.

³³ Aangenomen mag worden dat dit geldt voor elke BIG-geregistreerde professional werkzaam in of voor een zorgaanbieder.

³⁴ NnavV, p. 49.

3.3 *Geen wettelijk recht op afstemming*

Het voorstel geeft een verplichting voor zorgaanbieders om te zorgen voor afstemming tussen zorgverleners en tussen zorgaanbieders. Hieraan worden geen vormvoorschriften verbonden. Het veld heeft een Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg³⁵ opgesteld waarvan de minister vindt dat deze een adequate invulling van het begrip afstemming in de Wcz is.

3.4 *Recht op informatie over incidenten*

Het voorstel regelt het recht op mededeling en opneming in het dossier van incidenten. De minister verbindt geen voorwaarden aan dit recht.

De brancheorganisaties in de zorg³⁶ stellen dit recht ter discussie met bijvoorbeeld de vraag of cliënten via een aantekening in hun dossier van incidenten altijd op de hoogte moeten worden gesteld, bijvoorbeeld in situaties waarbij de kans op een merkbaar gevolg zo klein is dat mogelijk de cliënt nodeloos ongerust wordt gemaakt en men zich kan afvragen of dat getuigt van ‘goede zorg’? Bovendien is niet duidelijk welke gevolgen dit recht heeft voor het veilig-melden-systeem (VMS) en de bevordering van de kwaliteit in de zorg.

3.5 *Recht voor nabestaanden op inzage dossier overledene*

Artikel 23 van het voorstel regelt een beperkte en geclausuleerde mogelijkheid voor nabestaanden, familie en de levenspartner, om na overlijden van een cliënt kennis te nemen van diens gegevens. De minister denkt dat de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) een dergelijke inzage toelaat omdat die wet slechts geldt voor *persoonsgegevens* en een overledene niet als “persoon” aanmerkt. De minister vergeet echter dat in verschillende uitspraken door rechters wordt erkend dat de privacy na de dood ook gerespecteerd moet worden.³⁷ Nabestaanden hebben recht op inzage als een *zwaarwegend belang* dat rechtvaardigt. Voor de invulling van dat zwaarwegend belang verwijst

de minister – gemakshalve – naar de memorie van toelichting (MvT)³⁸ bij het voorstel. De MvT stelt dat een dergelijk belang van financiële aard kan zijn of betrekking kan hebben op de gezondheid. Wanneer zich de zeer uitzonderlijke situatie voordoet dat het strafvorderlijke doel (ter beveiliging van de maatschappij) ermee is gemoeid dat een nabestaande inzage heeft in het medisch dossier, laat de minister afhangen van de omstandigheden van het geval.³⁹ Inzage wordt in genoemde gevallen slechts toegelaten in de delen van het dossier die het belang raken.

De minister houdt hier geen rekening met het gegeven dat het huidige recht bepaalt dat nabestaanden in beginsel geen recht op inzage in het dossier van een overledene hebben omdat de privacy van betrokkene ook na zijn dood wordt beschermd. Dit lijdt uitzondering als de inzage in overeenstemming is met de geest van de overledene en aangenomen kan worden dat de betrokkene toestemming zou hebben verleend (de zogeheten “gereconstrueerde wil”)⁴⁰.

3.6 *Het recht op familie- en gezinsleven en bezoek komt in een andere wet*

De leden van de SP-fractie missen in het voorstel het recht op familie- en gezinsleven en vragen de minister hoe het weren van bezoek uit instellingen wordt vastgelegd. De minister beantwoordt met dat dit in de ontwerp-Beginselenwet zorginstellingen geregeld zal worden.

35 www.knmg.artsenet.nl

36 Zie bijlage bij de BoZ -brief: p. 10/11.

37 Zie ook Hooghiemstra/Nouwt, p. 20: het medisch beroepsgeheim reikt wel over het graf van de overledene heen”.

38 TK, 2009–2010, 32 402, nr. 3.

39 Welke omstandigheden dat zouden kunnen zijn, licht de minister helaas niet toe.

40 Voor voorbeelden van uitspraken waarin de vordering van inzage door nabestaande(n) is afgewezen wegens het ontbreken van een gereconstrueerde wil van de overledene: Pres. RB Utrecht 8 juni 1998, KG 398/98 en Pres. RB Haarlem 6 mei 1997, TvGR 1997/13. zie ook Ploem 1999.

3.7 *Wetsvoorstel gaat voorbij aan scheiding van wonen en zorg*

Artikel 9 van het voorstel regelt twee rechten⁴¹ die zijn gekoppeld aan een accommodatie waar cliënten gedurende het etmaal verblijven en over de huisvesting en de AWBZ. Er wordt hierbij echter geen rekening gehouden met de op handen staande scheiding van zorg en wonen.

3.8 *Een patiënt heeft ook plichten.*

De bepalingen van de (huidige) WGBO⁴² zijn integraal opgenomen in het voorstel en daarmee ook de daarin neergelegde verplichtingen van de cliënt. De minister benadrukt dat ook van de cliënt mag worden verlangd dat hij van zijn kant alles doet wat aan het welslagen van de behandeling en de zorg kan bijdragen. Dat houdt in dat hij aan de zorgverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking moet geven die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst nodig heeft. Naar de letter brengt deze bepaling met zich mee dat de cliënt de zorgverlener zo goed mogelijk informeert, meedenkt en meebeslist over de behandeling, instructies en adviezen opvolgt (therapietrouw) en leefregels in acht neemt. Verder moeten cliënten zich volgens de minister houden aan de verplichtingen die in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk zijn; zij noemt daarbij als voorbeelden het niet zonder goede gronden en tijdig afzeggen van een afspraak met de zorgverlener en een respectvolle bejegening van de zorgverlener. De minister vindt tweezijdige algemene leveringsvoorwaarden een geschikt instrument om dergelijke zaken te regelen.

4. **Incidentenmelding niet veilig**

De Kamer vindt het van belang dat medewerkers binnen zorginstellingen incidenten en fouten melden en dat die gegevens niet worden gebruikt voor andere doelen. De gegevens mogen in beginsel niet worden gebruikt als bewijs in een strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure of als basis voor een disciplinaire of arbeidsrechtelijke maatregel. De be-

oogde bescherming richt zich op de informatie uit het Veilig-Melden-Systeem (VMS) zelf. Ministers Schippers wil echter de zorgaanbieder in staat stellen om, in het kader van het “beheer van de instelling”, waaronder de minister nadrukkelijk de kwaliteitszorg brengt, (bijzondere) persoonsgegevens van een cliënt die afkomstig zijn uit interne meldingen van voor hem werkzame zorgverleners, te verwerken.⁴³ Indien mogelijk moet de zorgaanbieder de cliënt altijd eerst om toestemming vragen. Verder geeft het voorstel de mogelijkheid aan het Openbaar Ministerie (OM) om gegevens uit het interne meldingssysteem op te eisen. Als sprake is van een strafbaar feit en het dossier is niet op orde, mag volgens het voorstel het OM in het VMS kijken voor zijn onderzoek, als de gegevens redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen. De bevoegdheid van het OM is in het voorstel ruimer dan de bevoegdheid van het OM in andere wetten, zoals de Wet luchtvaart.⁴⁴ Minister Schippers meent dat als een fout intern is gemeld, het niet zo kan zijn dat de fout verder geen consequenties meer kan hebben voor degene die de fout heeft gemaakt. Maar hiermee raakt zij nu juist aan de essentie van VMS, namelijk dat er door medewerkers kan worden gemeld, zonder angst voor represailles en/of vervolging omdat daarvoor andere wegen bestaan! Het voorstel maakt het nu onvoldoende ‘veilig’ voor de melder en de kwaliteit

41 Het recht op geestelijke verzorging en ingeval van AWBZ-zorg: het recht op een leefwensenonderzoek.

42 Boek 7, titel 7, afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek.

43 De minister denkt de rechtvaardiging van dit handelen te vinden in de Wbp, in de combinatie van artikel 21 met artikel 10 en 11.

44 In de Wet luchtvaart heeft het OM slechts toegang tot het veiligheidssysteem als sprake is van een *vermoeden van opzet of grove nalatigheid*. De melding zelf wordt niet voor het bewijs gebruikt in een strafzaak tegen de melder en fungeert als *sturingsinformatie*. De rechter-commissaris toetst of de vordering van het OM voldoet aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit.

van zorg loopt direct gevaar als de meldingsbereidheid hierdoor bij zorgverleners afneemt.

5. Klachtrecht laat te wensen over

5.1 *Geen wettelijke onafhankelijke klachtenondersteuning*

De Tweede Kamer vindt dat patiënten moeten kunnen rekenen op ondersteuning van een onafhankelijke instantie, vastgelegd in de wet, volgens het voorbeeld van de wettelijk verankerde en onafhankelijke patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) in de ggz die wel werkzaam is in de instelling, maar niet door die instelling betaald wordt.

De minister denkt dat zij een en ander afdoende geregeld heeft omdat het voorstel een klachtenregeling verplicht stelt en de cliëntenraad een instemmingsrecht heeft op de inhoud van de klachtenregeling en het profiel van de klachtenfunctionaris.

Verder vindt zij zorgvuldigheid en een 'zekere mate van onafhankelijkheid' belangrijk voor een goede werking van klachtenbehandeling. Zij attendeert op de mogelijkheid dat de zorgaanbieder en de cliëntenraad een klachtencommissie, waar cliënten dan wel hun familie onderdeel van uit kunnen maken, een rol te geven en deze rol te verankeren in de klachtenregeling (*Maar begrijp ik de minister nu goed dat cliënten en hun familie in de toekomst zitting kunnen nemen in een klachtencommissie? MJ*)

5.2 *Klachtenbehandeling niet laagdrempelig genoeg en leidt tot juridisering*

De klachten van patiënten moeten naar de wens van de Kamer zo laag mogelijk door de hulpverlenende instantie(s) worden afgehandeld en het liefst op informele wijze. Het zwaartepunt van de klachtafhandeling moet liggen in de interne klachtenprocedure, omdat dan nog sprake is van contact tussen de klager en de beklagde en (eventueel) informele bemiddeling.⁴⁵ De minister denkt dat de mogelijkheid voor de cliënt om, wanneer hij niet

tevreden is met de uitkomst van de interne klachtenprocedure bij de zorgaanbieder, de gang naar de externe geschilleninstantie openstaat, waarborg is voor een zorgvuldige interne behandeling van klachten door de zorgaanbieder. De minister wil zorgaanbieders verplichten tot aansluiting bij een geschilleninstantie die op termijn een schadevergoeding van € 25.000 kan toekennen. Daarbij erkent zij dat de veldpartijen met de Gedragscode Openheid Medische Aansprakelijkheid (GOMA)⁴⁶ hun verantwoordelijkheid hebben genomen.

5.3 *Geen beroepsrecht voor de zorgaanbieder*

Het wetsvoorstel geeft geen beroepsrecht aan de zorgaanbieder, wat de vraag opwerpt of het voorgestelde klachtrecht hiermee voldoet aan de rechtsbeginselen van 'fair trial' en 'equality of arms'. Doet het recht aan de emancipatie van de cliënt als diens wederpartij niet beschikt over dezelfde middelen om te ageren tegen mogelijk onrecht of wordt de cliënt en de geschillencommissie zo onfeilbaar geacht?

6. Naar een werkzame en werkbare medezeggenschap?

6.1 *Recht van advies*

Cliëntenraden krijgen adviesrecht op voorgenomen besluiten van de zorgaanbieder op het gebied van algemeen huisvestingsbeleid (artikel 36, tweede lid onderdeel b) en ingrijpende verbouwing, nieuwbouw en verhuizing (artikel 36, tweede lid onder a); de benoeming van hoofden van afdelingen of accommodaties waarin gedurende het etmaal zorg wordt ver-

⁴⁵ zie nadrukkelijk ook de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg die in nauw overleg met het veld tot stand is gekomen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Universiteit Maastricht, Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg; Utrecht 2004: <http://www.cbo.nl>).

⁴⁶ Die tot doel heeft het proces van afwikkeling van personenschades cq. letselschades na incidenten in de zorg te verbeteren alsmede om openheid over incidenten te bevorderen (GOMA, p. 3).

leend aan cliënten die in de regel langdurig in de instelling verblijven en bij de begroting.

6.2 *Recht van instemming*

Artikel 37 van het voorstel geeft instemmingsbevoegdheden⁴⁷ van de cliëntenraad waarbij onderscheid wordt gemaakt in bevoegdheden die algemene gelden en welke specifiek voor de intramurale AWBZ-zorg. De cliënt krijgt instemmingsrecht op:

- het profiel van de klachtenfunctionaris;
- de klachtenregeling en andere regelingen van algemene aard, die specifiek betrekking hebben op de cliënten-zorg;
- de afspraken over de wijze waarop de cliëntenraad betrokken wordt bij het besluitvormingsproces over fusies;⁴⁸
- de visie op een huisvestingsplan voor de lange termijn bij langdurig verblijf;
- een programma van eisen met betrekking tot een accommodatie en de inrichting daarvan en een sociaal plan voor cliënten bij een ingrijpende verbouwing, nieuwbouw of verhuizing van een accommodatie;
- het algemene beleid met betrekking tot de toelating van cliënten tot de zorgverlening en de beëindiging daarvan, en met betrekking tot de geestelijke verzorging van en de maatschappelijke bijstand aan cliënten;
- het algemene kwaliteits-, veiligheid- en hygiënebeleid;
- het algemene beleid op het terrein van voeding, recreatie- of ontspanningsmogelijkheden voor cliënten; en
- de procedure voor het opstellen en bespreken van zorgplannen.

6.3 *Afwijkende regels voor de AWBZ-cliënt*

In de intramurale AWBZ-zorg moet in het medezeggenschapsreglement – met instemming van de cliëntenraad – zijn geregeld *op welke wijze de cliëntenraad wordt betrokken* bij ingrijpende verbouwing, nieuwbouw of verhuizing van de instelling en bij de selectie en benoeming van personen die leiding geven in

de zorgverlening. Verder hebben cliëntenraden bij AWBZ-zorg met verblijf *recht op informatie* over het lange termijn huisvestingsplan (artikel 35 lid 2).

6.4 *Uitkomsten van overleg (UVO) tussen veldpartijen niet overgenomen*

Brancheorganisaties en organisaties van cliëntenraden⁴⁹ hebben medio zomer 2009 in het kader van uitkomsten van overleg (UVO)⁵⁰ met betrekking tot het onderdeel medezeggenschap een aanbiedingsbrief aan de minister verstuurd. De minister heeft destijds toegezegd de elementen uit de UVO in het wetsvoorstel op te nemen maar heeft dit niet gedaan met het argument dat de gehandicaptenzorg de UVO niet mede-ondertekend heeft. De meerderheid van de brancheorganisaties én organisaties voor cliëntenraden heeft zich echter na intensief overleg wél willen committeren aan voor de praktisch werkzame en werkbare medezeggenschapsafspraken. Gebleken is dat de meerderheid van organisaties van cliëntenraden meer hechten aan een goede betrokkenheid in een vroeg stadium van het besluitvormingsproces dan aan een instemmingsrecht aan het einde van de rit.

47 Nu regelt de Wmcz op specifieke onderwerpen maximaal een *verzwaard adviesrecht*, waarbij de zorgaanbieder – naast dat een wet hem daartoe verplicht – slechts een van een advies van de cliëntenraad afwijkend besluit kan nemen als de commissie van vertrouwenslieden oordeelt dat hij dat besluitvoornemen in redelijkheid heeft kunnen nemen (artikel 4 lid 2 Wmcz).

48 En een adviesrecht op het fusiebesluit zelf.

49 De brancheorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuiszorg, thuiszorg, jeugdgezondheid- en kraamzorg (ActiZ, BTN), Federatie Opvang, GGZ Nederland NFU, NVZ vereniging van ziekenhuizen en cliëntenraadsorganisaties LOC en LSR.

50 Uitkomsten van overleg (UVO) van veldpartijen; *het Gezamenlijk stimuleringsprogramma medezeggenschap cliënten*, 18 juni 2009 090618/JSp

6.5 *Enquêterecht moet beter worden uitgewerkt.*

De cliëntenraad krijgt met dit wetsvoorstel het enquêterecht toegekend.⁵¹ De leden van de SP-fractie zijn blij met het enquêterecht voor cliëntenraden maar vragen de minister dit wel verder uit te werken. De leden van de SGP-fractie vragen de minister of zij aan de toekenning van dit cliëntenrecht de voorwaarde wil verbinden dat de cliëntenraad het geschil eerst zonder resultaat voorgelegd moet hebben aan de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden of aan de Governancecommissie Gezondheidszorg. Maar daaraan komt de minister niet tegemoet omdat de cliëntenraad weloverwogen zal moeten besluiten om naar de rechter te stappen en daarmee de gevraagde extra voorwaarde niet passend en ook niet nodig vindt.

7. **Extra bevoegdheden voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**

7.1 *Inzet op een slagvaardigere IGZ inspectie*
De minister zet in op een slagvaardigere en wil extra investeren in (senior-)inspecteurs en programma- en toezichtmedewerkers. Zij gaat bij toezicht door de IGZ uit van het principe “high trust, high penalty” en vertrouwt erop dat zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid voor veiligheid en kwaliteit waarmaken. Bij geconstateerde onregelmatigheden echter volgen sancties.

7.2 *De uitgebreide bevoegdheid van de IGZ onvoldoende geclausuleerd*

Het voorstel regelt de bevoegdheid van de IGZ om zonder toestemming van de cliënt zowel diens zorgwoning binnen te treden als zijn behandeldossier in te zien. De Kamer vraagt om een betere uitwerking van genoemde bevoegdheid omdat niet zonder meer van beroepsbeoefenaars verlangd kan worden dat zij hun beroepsgeheim terzijde leggen en de IGZ privacygevoelige informatie verstrekken,

als niet duidelijk wordt welke bevoegdheden de IGZ in dit soort situaties uitoefent, met welk doel dat geschiedt, en hoe er door de IGZ wordt omgegaan met de privacygevoelige informatie.

8. **Toename in regeldruk wordt onderschat**

Tot slot: wat gaat dit de zorgaanbieder kosten? De regering stelt dat administratieve lasten van het wetsvoorstel in beginsel niet toemenen maar de Kamer constateert dat de nalevingskosten met € 10 miljoen per jaar stijgen. Het voorstel heeft als gevolg dat de zorgaanbieder meer aan (kwaliteits)verslaglegging moet doen. Ook moeten incidenten worden vermeld in het dossier. De lastenverlichting komt uit het afschaffen van toelatingen en bouwvergunningen. Kanttekening daarbij is dat de verslaglegging structureel, minimaal jaarlijks, terug komt; bouwvergunningen en toelatingen slechts incidenteel.

9. **Conclusie en aanbevelingen**

Ondanks de enorme exercitie om verschillende wetten in één wet onder te brengen,⁵² is de minister hierin niet geslaagd. Verschillende wetten blijven naast elkaar bestaan, bepalingen zijn gedeeltelijk van toepassing en delegatiebepalingen maken dat de versnippering van regelgeving zich in de toekomst kan voortzetten. Daarbij bereidt de staatsecretaris van VWS een wet voor die specifiek voor de AWBZ-client gaat gelden.⁵³ De cliënt moet ‘zoeken’

51 In het huidige recht kan de zorgaanbieder het recht van enquête via de statuten aan de cliëntenraad toekennen (Artikel 6.2 van het Uitvoeringsbesluit WTZi).

52 Sinds de brief over de “Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie” van 23 mei 2008, (TK 2007–2008, 31 476, nr. 1) is het ministerie het voorstel aan het voorbereiden en is het veld flink aan het werk gezet om (kritische) reacties te leveren; schrijver is namens GGZ Nederland hierbij intensief betrokken (geweest).

53 TK 2010–2011, 32 604, nr. 1, p. 6: Het ontwerp-Beginselenwet zorginstellingen geldt voor de AWBZ-sector.

naar toepasselijke regels waarvoor hij welhaast de kennis en vaardigheid van een jurist nodig heeft.

Het voorstel geeft voorts een aantal onnodige verplichtingen voor de zorgaanbieder. De verplichting van een VOG leidt tot een onnodige administratieve last voor de zorgaanbieder. De praktijk (*in elk geval die van de ggz, mj*) leert dat een VOG slechts een schijnzekerheid biedt. Een ontbreken van een strafrechtelijke veroordeling zegt namelijk niets over de ontwikkeling van de betrokken medewerker op de werkvloer, en andersom. Het is effectiever gebleken om referenties bij vorige werkgevers op te vragen.

Bijstand van een tolk is – in bepaalde situaties – een essentieel onderdeel van goede informatieverstrekking en dus goede zorg en zou niet voor rekening van de zorgaanbieder mogen komen. De minister vergeet hierbij namelijk dat zorgaanbieders de verplichting hebben om bepaalde niet-Nederlanders waarvan niet kan worden verwacht dat zij Nederlands spreken en die een acuut gezondheidsrisico lopen, zorg te verlenen, denk bijvoorbeeld aan de ernstig zieke Franse toerist die verplicht⁵⁴ moet worden opgenomen.

Verder is het onbegrijpelijk dat de zorgaanbieder extra wordt belast met de verplichting om de cliënt keuzeinformatie te verstrekken. De cliënt beschikt toch al geruime tijd over www.kiesbeter.nl, een ‘onafhankelijk’ keuzeinformatiesysteem gefaciliteerd en gefinancierd door VWS, onderdeel van programma Zichtbare Zorg. Verder krijgt de patiënt/burger de nodige informatie van de zorgaanbieder via de informatieverplichting in de WGBO en het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Voorts is de toegang van de zorgaanbieder en het OM tot de VMS te ruim. Om aan de essentie van de VMS tegemoet te komen, zou gekozen moeten worden voor in beginsel niet tot de persoon herleidbare gegevens (bijvoorbeeld via versleuteling of ‘encryptie’); het gaat immers om het ‘leren’ in het kader van verbe-

tering van de kwaliteit van zorg. Indien er noodzaak is tot nader onderzoek en betrokkenen moeten bijvoorbeeld gehoord worden, zou – na zorgvuldige overweging van een rechter⁵⁵ – besloten kunnen worden om de informatie te ‘ontsluiten’.

Bij het inzagerecht van nabestaanden worden onterecht geen nadere eisen gesteld want hoe verhouden de verschillende nabestaanden zich tot elkaar bij bijvoorbeeld de verdeling van een erfenis? Hoe wordt het beginsel van de gereconstrueerde wil toegepast, met andere woorden: heeft de wil van de overledene in dit kader nog enige relevantie? Wat is positie van de zorgaanbieder hierin?

In het licht van de preventie van klachten en laagdrempelige klachtbehandeling is verder niet te verklaren waarom de minister kiest voor de directe toegang tot een externe klachtencommissie en de hoge claimvergoeding tot € 25.000,-. Een en ander leidt tot juridisering, een claimcultuur en daarmee polarisatie in de zorgrelatie, daar waar juist jarenlang door het veld wordt gezocht naar en gewerkt aan een voor partijen genoegzame oplossing op basis van de dialoog.

De voorgestelde medezeggenschapsrechten komen niet tegemoet aan de praktijk van het zorgveld en de wensen van cliëntenraden, althans de overgrote meerderheid daarvan, tot het afspreken van een werkbaar en werkzame medezeggenschapsstructuur. Het is voor cliëntenraden van meer waarde dat zij in een vroeg stadium bij het besluitvormingsproces van de zorgaanbieder worden betrokken dan dat zij dat “met de wet in de hand”⁵⁶ bij een officiële instantie moeten gaan afdwingen. De huidige Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen biedt voldoende middelen die naar het

54 Volgens de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

55 Degene die inzage vordert in een VMS moet altijd een rechter zijn; het OM kan dit niet onafhankelijk beoordelen.

56 NnavV, p. 27.

schijnt niet optimaal door cliëntenraden worden benut.

De IGZ tenslotte krijgt bevoegdheden waarvan niet duidelijk is onder welke voorwaarden zij deze kan uitoefenen. De minister trekt bovendien zelf in twijfel of de IGZ de capaciteit heeft om elke individuele melding te onderzoeken. Schept zij hiermee valse verwachtingen voor de cliënt/burger?

Enigszins positief is dat de minister heeft besloten de WGBO geheel in het voorstel over te nemen en dat deze hiermee in alle zorgrelaties geldt. Echter, voor hetzelfde geld (of minder) had zij kunnen volstaan met het eenvoudig uitbreiden van de WGBO-bepalingen tot de caresector. De huidige gezondheidswetgeving kon waar nodig aangescherpt worden en volstaan kunnen worden met een simpel A4-tje met een overzicht van rechten en verplichtingen voor de cliënt.⁵⁷ Betere voorlichting en communicatie moet de cliënt bewuster maken van zijn rechtspositie in de zorg (want denkt de minister nu echt dat cliënten de Wcz gaan lezen?). De minister ziet bij voorlichting over cliëntenrechten en verstrekken van keuze-informatie een rol weggelegd voor de cliëntenorganisaties. Zij zou er goed aan doen om extra te investeren in PGO⁵⁸-organisaties in plaats van overbodige wetgeving.

Bovenal wekt het verbazing dat de minister erkent dat zij de beoogde integratie van de thans verspreid geregelde bepalingen ter bescherming van het individuele en collectieve cliëntenbelang niet heeft kunnen realiseren.⁵⁹ Desondanks blijft zij de verzamelwet verdedigen en kan zij tegelijkertijd de meerwaarde van het voorstel niet onderbouwen.

Het bewijst maar weer dat de minister (net zoals haar voorganger) niet al te doordacht te werk gaat en snelheid prefereert boven kwaliteit.

Bronnen:

Wet cliëntenrechten zorg: *Memorie van Toelichting*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 402, nr. 3.

Wet cliëntenrechten zorg: *Nota van Wijziging en de Nota naar aanleiding van het Verslag*. www.rijksoverheid.nl

BoZ, *Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz)* bijlage bij de brief aan VWS van 24 januari 2011, kenmerk: 110124/JSp.

T.F.M. Hooghiemstra/S. Nouwt; *Sdu Commentaar. Wet bescherming persoonsgegevens*. Den Haag: Sdu uitgevers 2011.

De Letselschade Raad; *Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)*. Den Haag: De Letselschade Raad juni 2010.

M.C. Ploem; *Inzage in het medisch dossier na overlijden van de patiënt: uitgangspunten en actuele ontwikkelingen in de rechtspraak*, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 4 september 1999; p. 1826-29.

29 Het conceptwetsvoorstel Wijziging curatele, beschermingsbewind en mentorschap

*Mr. K. Blankman*⁶⁰

Het conceptwetsvoorstel Wijziging curatele, beschermingsbewind en mentorschap dat voor

⁵⁷ tweezijdige algemene leveringsvoorwaarden kunnen hierbij ook goede dienst doen.

⁵⁸ patiëntenorganisaties, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden in Nederland.

⁵⁹ NnavV, p. 26

⁶⁰ Kees Blankman is universitair docent Familie- en gezondheidsrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam en redacteur van dit blad.

advies gedurende enkele maanden in het begin van 2010 op de site voor internetconsultatie is geplaatst zal waarschijnlijk voor half september aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

Het advies van de Raad van State is gereed. Tegelijk met het wetsvoorstel zal een concept-AMvB verschijnen die betrekking heeft op borging van kwaliteitseisen voor professioneel werkende curatoren, bewindvoerders en mentoren. Het wetsvoorstel voorziet in nadere afstemming en modernisering van de regelgeving van deze drie beschermingsmaatregelen voor meerderjarigen. Ook wordt het mogelijk rechtspersonen tot mentor of curator te benoemen hetgeen met name voor de regionale stichtingen mentorschap een belangrijke voorwaarde zal zijn om hun goede werk te kunnen voortzetten. Door deze stichtingen worden vrijwilligers geworven, opgeleid en beschikbaar gesteld om te worden benoemd als er voor een wilsonbekwame cliënt geen partner of familielid beschikbaar is om als vertegenwoordiger in zorgzaken op te treden.

De huidige financiering is onzeker. Voor het voortbestaan van deze stichtingen zal de situatie verbeteren wanneer ze zelf kunnen worden benoemd en in aanmerking komen voor de beloning die de kantonrechter kan toekennen. Overigens hebben zowel de branchevereniging van Professionele Bewindvoerders en Inkomensbeheerders, PBI, als Mentorschap Netwerk Nederland recent flinke slagen gemaakt als het gaat om kwaliteitsontwikkeling. In het wetsvoorstel dat binnenkort openbaar zal zijn wanneer het aan het parlement ter behandeling wordt aangeboden, zullen ook de mogelijkheden voor toezicht en controle door de kantonrechters worden uitgebreid. Hier is ook wel reden voor, maar de vraag is of de benodigde financiën beschikbaar zullen komen om dit toezicht op het functioneren van bewindvoerders, curatoren en mentoren daadwerkelijk handen en voeten te geven.

30 Weerbarstige politiek tast de rechtspositie van mensen met een beperking aan

*Mr. dr. B.J.M. Frederiks,
M.I.M. Schuurman, J.A. Schoonheim⁶¹*

Op donderdag 31 maart jl. ontving de staatssecretaris van VWS, Veldhuijzen van Zanten, een brief van de Coalitie voor Inclusie. In de brief wordt gepleit voor spoedige ratificatie van het VN-Verdrag inzake de rechten van mensen met een beperking. In tegenstelling tot de 99 landen die het Verdrag tot nu toe hebben geratificeerd, waaronder de Europese Unie en bijna alle landen van Europa, heeft Nederland dit nog niet gedaan. Volgens de Coalitie voor Inclusie gaat het om 'de principiële bevestiging van de positie van mensen met een beperking als burgers met gelijke rechten en plichten'. Twee dagen voordat de staatssecretaris de brief ontving, kwamen maar liefst 1300 mensen in de Jaarbeurs in Utrecht bijeen om met elkaar in debat te gaan over het belang van de ratificatie. De staatssecretaris liet het tijdens deze dag afweten. Haar afwezigheid zei meer dan genoeg. Het ministerie van VWS weet op dit moment niet welke keuzes het moet maken rondom de ratificatie en de daaruit voortvloeiende implementatie van het VN-Verdrag in wet- en regelgeving in Nederland.

Het lijkt of de politiek meer met zichzelf in debat gaat dan dat er daadwerkelijk iets wordt

⁶¹ Brenda Frederiks is Universitair docent gezondheidsrecht, VUMC/EMGO+ en eindredacteur van *Journaal Ggz en recht*, Jacqueline Schoonheim is docente vergelijkend recht aan de Universiteit van Maastricht, Martin Schuurman is zelfstandig onderzoeker.

gedaan aan de rechtspositie van mensen met een beperking. De afgelopen maanden ontbreekt het niet aan aandacht voor mensen met een beperking, in het bijzonder mensen met een verstandelijke beperking. De media maar ook de politiek hebben uitgebreid stilgestaan bij de casus Brandon, die op dinsdag 18 januari jl. dankzij het televisieprogramma 'Uitgesproken EO' in het nieuws kwam. Op 19 januari was er direct een spoeddebat en de staatssecretaris ging op bezoek bij Brandon, sprak met zijn moeder en installeerde een denktank *Complexe Zorg*. Maar wat is de opbrengst van al die politieke aandacht voor de cliënt?

De politiek is weerbarstig, bureaucratisch en levert niet vaak snelle resultaten op. Waar het gaat om mensen met een beperking maakt men het wel erg bont. We weten in Nederland zelfs niet hoeveel mensen met een verstandelijke beperking in hun vrijheid worden beperkt. Een casus als Brandon heeft ons echter doen inzien dat ook de politiek niet weet hoe ze met deze casuïstiek moet omgaan en nog belangrijker, welke acties eruit moeten voortvloeien. Typerend zijn de moties die in het voorjaar door Lea Bouwmeester (PvdA) zijn ingediend over het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zij werden in een vervolguitzending van 'Uitgesproken EO', op 23 maart jl., aangekondigd. Uit de tekst van de moties kan worden afgeleid dat ze helemaal niet gaan over mensen met een verstandelijke beperking; de inhoud ervan beperkt zich tot de ggz. Op haar beurt verwijst de staatssecretaris in een brief over het instellen van een meldpunt voor ouders van mensen met meervoudige problematiek die te maken hebben met dwang en drang (29 maart jl.) naar het wetsvoorstel *Zorg en dwang*. Dit wetsvoorstel is een antwoord op de knelpunten die de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) veroorzaakt en sinds 2002 bekend zijn. In haar brief schrijft de staatssecretaris dat in het wetsvoorstel *Zorg en dwang* klachten eerder worden afgehandeld en cliënten in beroep naar de rechter kunnen stappen.

Beide stappen zijn een politiek gebaar maar geen oplossing voor de huidige problematiek. De indruk is: men doet maar wat.

De strekking van het VN-Verdrag is dat mensen met een beperking op voet van gelijkheid met anderen aanspraak kunnen maken op rechten. Hiertoe behoort ook het recht op vrijheid. Typerend is dat het recht op vrijheid in de nabije toekomst voor verschillende groepen in Nederland anders wordt ingevuld. Van gelijkheid is dan geen sprake meer. Het ministerie van VWS houdt zich bezig met het wetsvoorstel *Zorg en dwang* dat van toepassing is op mensen met een verstandelijke beperking en mensen met dementie. Het ministerie van Justitie bereidt een wetsvoorstel *Verplichte geestelijke gezondheidszorg* voor. Daarnaast komt er, als gevolg van een toezegging in het gedoogakkoord met de PVV, een zogenoemde *Beginselenwet*. En ten slotte is er het wetsvoorstel *Cliëntenrechten zorg*. In al deze voorstellen, die kritisch door het veld zijn ontvangen, gelden andere uitgangspunten en rechtswaarborgen. Ten aanzien van het wetsvoorstel *Zorg en dwang* is de grote vraag – die ook aan de orde is gekomen in de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport – hoe de inhoud van dit voorstel zich verhoudt tot het VN-Verdrag. Het is al enige tijd stil rondom dit wetsvoorstel. Onbegrijpelijk, gezien de implicaties van de Brandon-casus en ook de acties die in gang moeten worden gezet naar aanleiding van het VN-Verdrag. Overigens zit het veld op deze nieuwe wetgeving niet te wachten, het ziet veel liever dat de huidige wetgeving wordt aangescherpt, de deskundigheid van de medewerkers wordt vergroot en de politiek zich bezighoudt met vragen die er wel toe doen. De politiek is druk bezig, op het ministerie van VWS gebeurt veel, maar samenhang, scherpere en regie zijn in dusdanige mate zoek dat wij betwijfelen of deze bedrijvigheid daadwerkelijk bijdraagt aan het verbeteren van de rechtspositie van mensen met een beperking. Het is duidelijk: snelle ratificatie van het Verdrag is hoogst noodzake-

lijk om helderheid en eensgezindheid te scheppen.

Noot van de redactie:

In een brief aan de Tweede Kamer (1 juli jl.) heeft de staatssecretaris laten weten dat voor een zorgvuldige besluitvorming over ratificatie en implementatie van het verdrag, naast het onderzoek dat heeft plaatsgevonden naar de consequenties voor wetgeving en beleid, meer inzicht in de mogelijke financiële consequenties ervan noodzakelijk is.

Dit geldt bijvoorbeeld ten aanzien van de mogelijke uitbreiding van de Wet gelijke behandeling voor mensen met een handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) met de toegang tot goederen en diensten als gevolg van ratificatie van het verdrag. Derhalve zal er een impactanalyse worden uitgevoerd als onderdeel van de voorbereidende werkzaamheden voor een definitief besluit over de ratificatie, zodat de Kamer ook over de financiële consequenties kan worden ingelicht. Dit betekent wel dat de impactanalyse eerst moet worden afgerond alvorens besluitvorming over voorstellen voor een goedkeuringswet en een invoeringswet in het kabinet kan plaatsvinden.

31 **Wils(on)bekwaam verzet en geen bereidheid/geen bezwaar in het wetsvoorstel Vggz: losse eindjes**

*mr. drs. T.P. Widdershoven en
drs. M.C.G. van der Zanden⁶²*

Een Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVggz) is de beoogde opvolger van de

Wet Bopz voor de sector GGZ en is in juni 2010 als wetsvoorstel bij de Tweede Kamer ingediend.

Een belangrijk verschil met de Wet Bopz is, dat de WVggz ook voorziet in ambulante dwang én in dwangbehandeling van somatische aandoeningen. Ambulante dwang is onder de Wet Bopz niet mogelijk en dwangbehandeling van somatische aandoeningen is nu via de WGBO geregeld bij wilsonbekwamen.

Een ander belangrijk verschil tussen de Wet Vggz en de Wet Bopz betreft de positie van de “ggbg”-patiënt, waaronder wordt verstaan de patiënt die noch blijkt geeft van bereidheid tot, noch van bezwaar (verzet) tegen de interventie in kwestie (veelal opnemings of behandeling).

Daarnaast wordt in de WVggz meer betekenis gehecht aan wilsbekwaam verzet dan in de Wet Bopz.

In dit artikel willen wij enkele tegenstrijdigheden en onvolkomenheden rond deze onderwerpen in het wetsvoorstel aanstippen, die kunnen leiden tot risico’s voor de betreffende patiëntengroepen.

We beginnen met een kort overzicht van de wijze waarop deze onderwerpen in de Wet Bopz en in de WGBO geregeld zijn; zo kan de lezer de verschillende regelingen met elkaar vergelijken. Wij beperken ons tot de hoofdlijnen en voorts tot de sector GGZ, omdat de WVggz ook alleen voor deze sector van toepassing zal zijn.

De Wet Bopz

De Wet Bopz maakt onderscheid tussen opname en verblijf enerzijds en interventies gedurende dat verblijf anderzijds.

⁶² T.P. Widderhoven is jurist bij de stichting PVP te Utrecht, drs. M.C.G. van der Zanden is werkzaam bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en redacteur van dit blad

Opneming en verblijf: externe rechtspositie

Voor opneming en verblijf geldt het zogenaamde bereidheidscriterium: zonder de 'nodige bereidheid' is een beschikking van de rechter nodig. Voorwaarde voor zo'n beschikking is dat er gevaar is, veroorzaakt door een geestesstoornis.⁶³ Het maakt hierbij niet uit of betrokkene zich verzet of slechts (zonder zich te verzetten) geen bereidheid tot opname en verblijf toont.

De Wet Bopz maakt hierbij voorts onderscheid naar leeftijd. Als betrokkene jonger is dan 12 jaar, dan doet zijn of haar eigen visie of uiting er niet toe: opneming vindt plaats krachtens het ouderlijk gezag c.q. de voogdij. Een Bopz-titel is vereist wanneer de ouder(s) of de voogd vinden dat opname niet moet plaatsvinden. Als betrokkene 12 jaar of ouder is, is een Bopz-titel vereist als hij of zij zelf geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname (ook al vinden de vertegenwoordigers (ouders, voogd, curator of mentor) dat opname wél moet plaatsvinden), terwijl bij bezwaar van vertegenwoordigers eveneens een Bopz-titel nodig is.

Consequentie van de regeling is dat personen (vanaf 12 jaar) die lijden aan een geestesstoornis **zonder** gevaar te veroorzaken, en die horen tot de ggb-groep, noch met een Bopz-maatregel, noch vrijwillig kunnen worden opgenomen. Opneming zonder gevaar is slechts mogelijk bij de 'nodige bereidheid', wat impliceert dat betrokkene d.m.v. een informed consent (en dus wilsbekwaam) expliciet instemt met het verblijf.

Interventies tijdens het verblijf: interne rechtspositie

Voor interventies gedurende het verblijf met een Bopz-titel, en met name voor behandeling, geldt in beginsel weer dat instemming van de wilsbekwame patiënt zelf vereist is. Indien de behandelaar beslist dat de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen (lees: wils-onbekwaam wordt geacht) ter zake van de

voorgestelde behandeling, kan behandeling plaatsvinden met instemming van de (wettelijk) vertegenwoordiger.

Zonder instemming van wilsbekwame patiënt of vertegenwoordiger is behandeling alleen mogelijk als voldaan is aan het criterium voor dwangbehandeling (er sprake is van gevaar voor de patiënt of anderen veroorzaakt door de geestesstoornis).

Bij wilsbekwaamheid van betrokkene is sprake van een bezwaar- of verzetcriterium: niet de eigen instemming is nodig, want volstaan kan worden met de instemming van de vertegenwoordiger, ténzij de wilsbekwame patiënt zich alsnog tegen de interventie verzet. Ook in dat geval is behandeling alleen mogelijk als voldaan is aan het criterium voor dwangbehandeling.

Verzet de wilsbekwame patiënt zich tegen behandeling, dan is dwangbehandeling eveneens mogelijk wanneer voldaan is aan het gevaarscriterium (zelfs al betreft het gevaar alleen de patiënt zelf). In dit opzicht is er trouwens geen verschil met de regeling voor opneming en verblijf; wilsbekwaam verzet staat voor de Wet Bopz immers ook niet in de weg aan het verkrijgen van een Bopz-titel.

De WGBO

De WGBO is onderdeel van het Burgerlijk Wetboek en regelt afspraken tussen patiënt en hulpverlener als in beginsel gelijkwaardige contractpartners.

Ook de WGBO hanteert leeftijdscategorieën. Onder de 12 jaar beslissen opnieuw de ouder(s) of voogd. Tussen 12 en 16 jaar geldt dat bij wilsbekwaamheid in beginsel zowel de toe-

⁶³ Daarnaast geldt de voorwaarde dat het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen *buiten* het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Voor noodsituaties gelden aangepaste eisen (beschikking burgemeester, acuut gevaar, vermoeden van stoornis). In het navolgende wordt kortheidshalve gesproken van een Bopz-titel, waarmee de betreffende beschikkingen van rechter en burgemeester zijn bedoeld.

stemming van betrokkene als van de ouder(s) of voogd nodig is. En vanaf 16 jaar beslist de betrokkene, indien wilsbekwaam, zelfstandig, terwijl bij wilsonbekwaamheid de beslissing weer primair aan de vertegenwoordiger is.

Verzet een wilsonbekwaam geachte patiënt van 12 jaar of ouder zich tegen een geneeskundige verrichting, dan kan die verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. De WGBO voorziet dus eveneens in de mogelijkheid van dwangbehandeling, waarbij als voorwaarde geldt dat betrokkene wilsonbekwaam is, en waarbij t.o.v. de Wet Bopz ook anderszins een aangepast criterium wordt gehanteerd.

In vergelijking met de regeling van de Wet Bopz valt in het bijzonder op dat de WGBO vanaf 12 jaar wilsbekwaam verzet steeds honoreert; dwangtoepassing is dan uitgesloten.

De derde evaluatiecommissie Wet Bopz

In de loop der jaren is geconstateerd, dat de regel van de WGBO dat wilsbekwaam verzet gehonoreerd dient te worden, ten onrechte ontbreekt in de Wet Bopz, in het bijzonder wanneer het gaat om gevaar voor de patiënt zelf.⁶⁴ De regeling loopt op dit punt evenmin zonder meer synchroon met relevante internationale normeringen.⁶⁵

Ook is geconstateerd dat de gbgg-groep in de GGZ, waaronder wellicht zogenaamde zorgwekkende zorgmijders, aangewezen zorg moet ontberen vanwege het bereidheidscriterium in de Wet Bopz.⁶⁶

De evaluatiecommissie van de derde evaluatie van de Wet Bopz, kwam in 2007 tot de volgende aanbevelingen⁶⁷ met betrekking tot deze onderwerpen.

1. Wils(on)bekwaamheid dient in de nieuwe wettelijke regeling een grotere rol te krijgen dan in de Wet Bopz (en bij voorkeur onder de betere term oordeels(on)bekwaamheid). Uitgangspunt moet zijn dat de patiënt wilsbe-

kwaam is. Daarbij dient wilsbekwaam verzet in beginsel gehonoreerd te worden, tenzij er sprake is van gevaar voor derden.

Duidelijk moet zijn welke criteria van belang zijn bij het bepalen van wilsonbekwaamheid: kenbaar maken van een keuze; begrijpen van informatie; beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie; logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties.⁶⁸

2. De gbgg-groep moet opgenomen en behandeld kunnen worden, ook als zij geen gevaar veroorzaken. Indien het bereidheidscriterium zou vervallen, zouden in het bijzonder ook de voorwaarden, die bij de tweede evaluatie van de Wet Bopz zijn geformuleerd in de nieuwe wet dienen te worden betrokken.

De belangrijkste voorwaarden van die tweede evaluatie zijn:

- a. Een regeling voor de objectieve vaststelling van de (wils)onbekwaamheid van betrokkene;
- b. Een regeling op grond waarvan een vertegenwoordiger van de patiënt uit de gbgg-groep instemt met de opname. De begeleidingscommissie gaat er daarbij vanuit dat patiënten uit de gbgg-groep in veruit de meeste gevallen wilsonbekwaam zijn met betrekking tot de opnamebeslissing en dat daardoor een ingang ontstaat om een vertegenwoordiger een rol te geven;

64 Zie bijvoorbeeld H. van de Klippe, *Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname: een juridische beschouwing*, diss. UvA 1997, T.P. Widdershoven, *Psychiatrie en Recht, preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht*, Utrecht 2003, en S.P.K. Welie, *Criteria for assessment of patient competence: a conceptual analysis from the legal, psychological and ethical perspectives*, diss. UM 2008.

65 Vergelijk 3e evaluatie Wet Bopz deel 7, Internationale ontwikkelingen.

66 Zie bijvoorbeeld het preadvies genoemd in voetnoot 2.

67 3e evaluatie Wet Bopz deel 1, p. 64, p. 95, p. 99 e.v., p. 113.

68 Zie 3e evaluatierapport Wet Bopz, deel 1, p. 93 en 94.

- c. Een operationalisering van het begrip verzet, met de ruime inhoud zoals eertijds door de wetgever beoogd. Dit om te voorkomen dat mensen ten onrechte in de gbgb-categorie worden geplaatst;
- d. Een zorgvuldige check, zowel kort voor de opneming als regelmatig gedurende het verblijf, op de aanwezigheid van verzet. Is er van verzet tegen opneming of verblijf sprake, dan behoort (alsnog) een procedure voor onvrijwillige opneming te worden gevolgd;
- e. Een operationalisering in de vorm van richtlijnen of protocollen, van de zorg van een goed hulpverlener, waar het gaat om de relatie tussen het zorg/behandelplan, maatregelen die nodig zijn om patiënten te beschermen en verzet van de patiënt tegen opneming/verblijf of behandeling;
- f. Een goede regeling van het klachtrecht van de patiënt;
- g. Een adequaat toezicht door de Inspectie;
- h. De (door het veld te ondernemen) ontwikkeling van een adequaat en transparant kwaliteitsbeleid inzake de zorg voor patiënten uit de gbgb-groep.

Voorts verwees de derde evaluatiecommissie naar aanvullende voorwaarden op grond van rechtspraak van het EHRM⁶⁹. Het Hof formuleert een aantal minimale waarborgen waarmee de opneming van gbgb-patiënten moet zijn omgeven⁷⁰. Deze moeten in elk geval betrekking hebben op de formele procedure en de criteria voor opneming, op de informatie en onderzoeken op grond waarvan opneming kan plaatsvinden, op de duur van de opneming en de ratio daarvan (onderzoek, behandeling), en op een periodieke klinische herbeoordeling van de stoornis die opneming noodzakelijk maakt. Ook moet zijn voorzien in een vorm van vertegenwoordiging.

Het wetsvoorstel Verplichte ggz

Het huidige voorstel voor een Wet Vggz volgt in grote lijnen de aanbevelingen van de derde evaluatiecommissie, maar vertoont juist op het

terrein van wils(on)bekwaam verzet en de gbgb-groep enkele opmerkelijke gebreken en tegenstrijdigheden.

1. Wils(on)bekwame uitingen

Het wetsvoorstel bepaalt dat de wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de zorg worden gehonoreerd, **tenzij** betrokkene niet tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is, **óf** deze in strijd zijn met de zorg van een goed hulpverlener (art. 2:1 lid 6). Die laatste clausule is weliswaar logisch bij positieve wilsuitingen – de gewenste zorg zal immers ook geïndiceerd moeten zijn – maar niet bij negatieve wilsuitingen, zoals de wens om bepaalde behandelingen niet te ondergaan. De voorgestelde regeling maakt een andere afweging dan de Wgbo, en komt voorts niet overeen met de aanbeveling van de evaluatiecommissie. Onduidelijk is in het bijzonder waarom de ter zake wilsbekwame patiënt hier geen fundamentele zeggenschap krijgt als het gaat om gevaar voor hem of haar zelf. Wat is de reden dat deze patiënt op achterstand wordt geplaatst vergeleken met de regeling van de Wgbo? En waarom zouden de wensen en voorkeuren ten aanzien van de zorg van iemand die wilsonbekwaam ter zake is geacht, per definitie nooit kunnen worden gehonoreerd?⁷¹ En last but not least: waarom kan over de beslissing tot wilsonbekwaamheid geen specifieke klachtprocedure worden gestart, terwijl deze onder de Wet Bopz een van de vijf klachtwaardige beslissingen is?

2. De gbgb-groep

In navolging van de aanbevelingen van de 3^e evaluatiecommissies lijkt het bereidheidscrite-

⁶⁹ 3e evaluatie Wet Bopz, deel 1, p. 93 t/m 95 en 3e evaluatie Wet Bopz deel 7, p. 27 t/m 30 en p. 57 t/m 60.

⁷⁰ EHRM 5 oktober 2004, gepubliceerd in «BJ» 2005, nr 1.

⁷¹ Zie hierover ook J.C.J. Dute in zijn noot bij uitspraak Rechtbank 's-Hertogenbosch, 7 januari 2011, en uitspraak Rechtbank Groningen, 29 december 2010, beide gepubliceerd in «JVggz» 7 juni 2011, onder nrs. 22 en 19.

rium vervangen door een bezwaar- of verzet-criterium, maar de extra voorwaarden en waarborgen die de derde evaluatiecommissie heeft aanbevolen, zijn niet overgenomen. Daarbij is het bereidheidscriterium via een omweg opnieuw van stal gehaald door een alleszins frappante redenering: ‘betrokkene wordt geacht zich te verzetten tegen zorg, indien hij geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot het ontvangen van zorg en voor betrokkene geen vertegenwoordiger optreedt’ (zie art. 3:1 lid 2). Dat laatste betekent dat er wederom een barrière kan zijn om goede zorg te leveren waar betrokkene geen moeite mee heeft.

3. Verzetcriterium

In combinatie met beide voorgaande punten is voorts opmerkelijk dat in de Memorie van toelichting (p. 40) wordt aangegeven dat “verzet” reëel moet zijn, en in enige mate consistent en persistent. Dat zou de gedachte kunnen doen postvatten dat verzet dat niet reëel, consistent of persistent genoeg is, eenvoudigweg genegeerd zou mogen worden. Hoe dit zich verdraagt met de gelijkschakeling in art. 3:1 lid 2 van het ontbreken van bereidheid met verzet is onduidelijk. En hoe dit zich moet verdragen met het onderscheid tussen wilsbekwame en wilsonbekwame uitingen evenzeer. De clausulering van het reële verzet in de Memorie van toelichting is daarbij ook niet in overeenstemming met de evaluatieaanbevelingen.

Conclusie

Het huidige voorstel voor de WVggz bevat veelbelovende aanzetten om verplichte zorg beter te regelen dan thans geschiedt, maar indien het ongewijzigd blijft ten aanzien van wils(on)bekwaam verzet en ten aanzien van de gbgg-groep, treden de in dit artikel genoemde risico’s op.

Dit heeft ook betekenis voor de rol van de inspectie.

De Inspectie, die op grond van het wetsvoorstel is aangewezen om toezicht te houden op

naleving van de wet, zal onvoldoende houvast hebben om de rechtspositie van wilsbekwamen die zich verzetten tegen zorg adequaat te beschermen en zal bovendien voor de gbgg-groep niet bij machte zijn om toegang tot benodigde zorg af te dwingen.

32 Stand van zaken Wet verplichte meldcode huiselijk geweld, kindermishandeling, genitale verminking en eengerelateerd geweld

Mr. T.E. Stikker⁷²

De Ministerraad heeft op 20 mei jl. ingestemd met het Wetsvoorstel Wet verplichte meldcode huiselijk geweld, kindermishandeling, genitale verminking en eengerelateerd geweld.

De Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling treedt naar verwachting op 1 januari 2012 in werking.

De wet gaat gelden voor de sectoren gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en justitie.

Deze sectoren zijn dan verplicht een meldcode in te voeren; andere sectoren of professionals worden gestimuleerd een meldcode voor het signaleren en melden te gebruiken. Het is niet de bedoeling geweest van het kabinet om een meldplicht voor huiselijk geweld of kindermishandeling in te voeren: de afweging om wel of niet te melden ligt bij de professional.

⁷² Tineke Stikker is juridisch adviseur bij GGZ Nederland en redacteur van dit blad.

De meldcode dient als ondersteuning voor de professional die signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling heeft, en niet weet wat met de signalen te doen.

Het Ministerie van VWS heeft een model meldcode ontwikkeld en een checklist die ondersteuning kan bieden bij de invoering van een eigen code binnen de instelling.

Informatie is te vinden op de site van VWS en via www.meldcode.nl

Brancheorganisaties als GGZ Nederland zijn bezig voor hun leden een handreiking te maken.

Bron: persbericht

33 De nieuwe regelgeving van de minister⁷³

Mr. dr. Sander P.K. Welie⁷⁴

“Heel lang geleden was er eens een minister die zo verschrikkelijk veel van mooie nieuwe regelgeving hield, dat hij al zijn geld uitgaf om regels te laten maken. [...]

Voor ieder uur van de dag had hij een andere regel; en zoals men van een koning zegt: ‘Hij is in de Raad’, zo was het hier altijd: ‘De minister is in zijn regelgevingscommissie.’

In de grote stad waar hij woonde, was het een vrolijk leven; iedere dag kwamen er vreemdelingen. Eens kwamen er twee bedriegers, die zeiden dat zij juristen waren, en dat zij de prachtigste wetteksten konden maken die men zich maar denken kon. En niet alleen dat de verwijzingen en de zinsconstructies zo buitengewoon mooi waren, maar de regelgeving die van die wetteksten gemaakt werd, had de merkwaardige eigenschap dat zij onbegrijpelijk was voor iedereen die niet deugde voor zijn betrekking of onvergeeflijk dom was.

Dat zou pas heerlijke regelgeving zijn!, dacht de minister, als ik die uitvaardigde, zou ik er achter kunnen komen, welke mensen in mijn rijk niet deugen voor hun betrekking. Ik zou de knappen van de dommen kunnen onderscheiden. Ja, die wettekst moet dadelijk voor mij geformuleerd worden! En hij gaf de twee bedriegers een heleboel handgeld, om hun werk te beginnen.

Ze maakten het bureau in orde, en deden of zij werkten, maar zij hadden niets op hun computerscherm. Altijd door vroegen zij om de kostbaarste boeken en de duurste software; maar die gingen in hun eigen zak, en ze werkten maar vlijtig met hun warrige toetsenbord, dikwijls tot laat in de nacht.

Nu wou ik toch wel eens weten hoe ver zij zijn met mijn regelgeving!, dacht de minister, maar hij werd wel een beetje griezelig als hij bedacht, dat degeen die niet geschikt was voor zijn betrekking of heel dom was, haar niet begrijpen kon. Hij wist wel dat hij voor zichzelf niet bang behoefde te zijn, maar hij wou toch eerst iemand sturen, om te zien hoe het ermee stond. [...]

Ik zal mijn oude, eerlijke adviseur naar de juristen sturen, dacht de minister, hij kan het best begrijpen hoe de wettekst in elkaar zit, want hij heeft verstand en niemand past zo goed voor zijn betrekking als hij.

En de oude, brave adviseur ging naar het kantoor waar de twee bedriegers zaten, met hun warrige bureaus. Lieve tijd!, dacht de adviseur en hij spalkte zijn ogen wijd open, ik begrijp [er] niets [van]! Maar daar zei hij niets van.

De twee bedriegers verzochten hem dichterbij te komen en vroegen of het geen mooie zinsconstructie was en geen prachtige verwijzingen; en ze wezen op het warrige computerscherm. Maar de arme, ouwe adviseur stond met zijn open-

⁷³ Deze bijdrage is gebaseerd op een voordracht van de auteur tijdens het door GERION (VU medisch centrum) georganiseerde Cicero-symposium ‘Wilsbekwaamheid: een lastig concept – een moeizame praktijk’ op dinsdag 12 april 2011 aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

⁷⁴ De auteur is jurist, psycholoog en filosoof en werkt als jurist-opleider bij de Stichting PVP te Utrecht.

gesperde ogen en begreep niets, want er was niets [te begrijpen].

O lieve heer!, dacht hij, zou ik misschien dom zijn! Dat had ik nooit gedacht, en dat mag ook geen mens weten! Zou ik niet geschikt zijn voor mijn betrekking? Neen, 't gaat niet om te zeggen, dat ik niets begrepen heb!

'Nu excellentie, zegt u er niets van!,' zei een van de juristen.

'O, het is beelderig, allerliefst!,' zei de oude adviseur, en keek door zijn bril, 'die zinsconstructie en die verwijzingen... Ja, ik zal de minister zeggen, dat ik er bijzonder mee ingenomen ben!'

'Dat doet ons genoegen,' zeiden de juristen tegelijk, en ze noemden al de verwijzingen op en zeiden de naam van de zeldzame zinsconstructie. De oude adviseur luisterde goed, om het juist zo te kunnen oververtellen, als hij bij de minister kwam, en dat deed hij ook. [...]

De minister zond heel gauw weer een geschikte beambte om te kijken hoe het formuleren vorderde en of de wettekst haast klaar was. Het ging hem net als de adviseur, hij studeerde en studeerde, maar omdat er niets [te begrijpen] was, kon hij ook niets begrijpen.

'Is het geen prachtige wettekst?,' zeiden de twee bedriegers en ze wezen en spraken van de zinsconstructie, die er in 't geheel niet was.

Dom ben ik niet!, dacht de man, dus dan zou ik niet deugen voor mijn mooie baantje? Dat mankeerde er maar aan! Maar zo iets moet men niet laten merken! En hij prees de wettekst, die hij niet begreep en de mooie verwijzingen en de heerlijke zinsconstructie, en hij zei tegen de minister dat het allerbeelderigst was. En de hele stad praatte over die prachtige wetteksten. [...]'

1 Inleiding

Wellicht komt het bovenstaande verhaal u bekend voor. Het is een bewerking van het begin van het in 1837 gepubliceerde sprookje 'De nieuwe kleren van de keizer' van Hans Christiaan Andersen. Ik heb daarin onder andere de woorden keizer, kleren, wevers, leeg en zien vervangen door respectievelijk de woorden minister, regelgeving, juristen, warrig

en begrijpen. Wat is nu de relevantie van dit sprookje voor recht in de geestelijke gezondheidszorg (ggz)?

2 Recht is mensenwerk

Als er regelgeving wordt gemaakt, is het onvermijdelijk dat daarmee wel eens iets misgaat. Recht is immers mensenwerk (Welie, 2011). Ondanks alle goede bedoelingen en capaciteiten van degenen die de conceptteksten opstellen, zal hierin geregeld een en ander niet helemaal duidelijk zijn. Beslissend voor de kwaliteit van de regelgeving die uiteindelijk tot stand komt, is de reactie op de bedoelde onduidelijkheden: we kunnen die onduidelijkheden negeren of er iets mee doen. Met mijn bewerking van Andersens bekende sprookje wil ik aandacht vragen voor onbegrijpelijke, inconsistente of onnodig ingewikkelde (concept)regelgeving en voor de manier waarop wij daar als maatschappij mee omgaan.

3 Onduidelijkheid sijpelt door

Het accepteren van onduidelijkheid in regelgeving leidt ertoe dat we de praktijk met het probleem opzadelen. In de rechtspraktijk brengt onduidelijkheid rechtsonzekerheid en mogelijk ook rechtsongelijkheid met zich mee. Rechters, advocaten en andere juristen moeten trachten te achterhalen wat de regelgever bedoeld kan hebben en zullen al snel met uiteenlopende interpretaties komen. De rechtzoekende weet niet waar hij of zij aan toe is. Daarnaast is het niet efficiënt als iedereen het wiel opnieuw moet uitvinden.

De onduidelijkheid sijpelt bovendien door in de praktijk die door de regelgeving genormeerd wordt, in casu de ggz. Managers, hulpverleners, patiënten c.q. cliënten en familieleden ondervinden last van onduidelijke regels. In het gunstigste geval laat de ggz-instelling uitzoeken hoe de regels bedoeld zijn, maar dan kunnen de daarmee gemoeide tijd en middelen niet aan zorg besteed worden. In een minder gunstig geval trekt men zich niets aan van regels, in welk geval men echter ook de

eventuele positieve effecten daarvan moet ontberen. In het slechtste geval werkt de willekeurige toepassing van onbegrepen regels misverstanden, verkeerde verwachtingen, teleurstellingen en fouten in de hand.

4 De intimiteit van het mensenleven

Gebrekkige kwaliteit van regelgeving vinden we helaas ook in rechtsgebieden waar 'het recht de intimiteit van het mensenleven [raakt]' (vgl. Hirsch Ballin, 2011). Daarbij kan men denken aan het familie- en jeugdrecht, het vreemdelingen- en migratierecht en het strafrecht, maar tevens aan het gezondheidsrecht. Wetgeving zoals de Wet op de jeugdzorg, de bepalingen betreffende de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling uit Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), bevat meer dan genoeg voorbeelden van tekortschietende kwaliteit, zowel op procedureel als op materieel vlak. Hetzelfde geldt voor de beoogde opvolgsters van laatstgenoemde regelgeving.

5 Enkele voorbeelden

Ofschoon het mij er nu niet om gaat al deze concrete voorbeelden nader te vermelden of uit te werken, volgt hier ter illustratie een willekeurige greep uit de beschikbare voorbeelden plus een korte aanduiding van hoe het beter en eenvoudiger kan.

Iedereen met kennis van zaken kan zelf wel een paar aanvullende onduidelijke passages voor de geest halen. Meer voorbeelden, ook van inhoudelijke ongerijmdheden, worden besproken door Welie (2008) en Widdershoven (2011).

5.1 Proportionele hoeveelheid

Naast inhoudelijke criteria voor dwang en vrijheidsbeperking bevat de Wet Bopz administratieve voorschriften. Op zich is dat niet onbegrijpelijk. Zorgvuldigheid en de mogelijkheid van toezicht maken documentatie noodzakelijk.

Aangaande dwang en vrijheidsbeperking gedurende een onvrijwillige opname (interne rechtspositie), zijn de administratieve voorschriften echter neergelegd in de volgende bepalingen:

- art. 20 lid 6 tweede volzin, art. 34n lid 4, art. 36 lid 4 eerste volzin, art. 37a, art. 38 lid 6, art. 38c lid 5, art. 38d lid 3, art. 39 lid 3, art. 39a, art. 40 lid 5, art. 40a, art. 56 lid 1 aanhef en sub b, sub e & sub f en lid 2 aanhef en sub a en lid 3 tweede volzin, art. 57, art. 58 lid 2 en art. 66 lid 4 tweede volzin Wet Bopz;
- art. 2 lid 2 Besluit rechtspositieregelen Bopz;
- art. 2 lid 1 aanhef en sub a Besluit patiëntendossier Bopz; en
- art. 3 en art. 4 Regeling kennisgeving toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz.

Deze aanpak is wat mij betreft weinig bevorderlijk voor de helderheid. U vraagt zich misschien af wat er mis mee is. Op de eerste plaats bestaat de regeling uit een disproportioneel grote hoeveelheid wetsartikelen, te weten een negentiental. En dan hebben we het nog niet gehad over de talloze administratieve voorschriften in de Wet Bopz met betrekking tot opnemings, verlof en ontslag (externe rechtspositie).

Daar komt bij dat de bepalingen verspreid zijn over vier verschillende hoofdstukken van de Wet Bopz en drie afzonderlijke regelingen. Bovendien zijn de desbetreffende vormen van dwang of vrijheidsbeperking niet duidelijk gedefinieerd, overlappen de bepalingen gedeeltelijk, lijkt er sprake van willekeur ten aanzien van welke besluiten wel en welke niet gemeld hoeven te worden, en zijn de meldingsvoorschriften inconsequent.

De strekking der voorschriften zou mijns inziens beter tot haar recht komen wanneer men in plaats van de genoemde negentien bepalingen één wetsartikel had opgesteld, bestaande uit drie leden:

- i. De behandelaar documenteert in het patiëntendossier al zijn beslissingen tot toepassing van dwang of vrijheidsbeperking.
- ii. Hij licht de patiënt hierover op heldere wijze, zo nodig schriftelijk, in.
- iii. Relevante informatie wordt met het oog op toezicht via de geneesheer-directeur doorgeleid aan de Inspectie.

5.2 Eenduidig woordgebruik

De wetgever heeft de Wet Bopz er niet duidelijker op gemaakt door in verschillende wetgevingsperiodes dezelfde woordgroep in verschillende betekenissen te hanteren, en omgekeerd. Zo wordt – in het kader van de voorwaardelijke machtiging – in artikel 14d lid 1 tweede volzin Wet Bopz (oorspronkelijke regeling per 1 januari 2004) met ‘verzoek van de betrokkene’ bedoeld het verzoek van de patiënt aan de geneesheer-directeur tot gedwongen opneming middels omzetting van de voorwaardelijke machtiging in een voorlopige machtiging. In lid 2 tweede en derde volzin van datzelfde artikel (wetswijziging per 1 juni 2008) wordt met ‘verzoek van de betrokkene’ bedoeld het verzoek van de patiënt om zich tijdens de voorwaardelijke machtiging vrijwillig te laten opnemen zonder omzetting van de voorwaardelijke machtiging in een voorlopige machtiging.

Dit geknutsel met woorden valt voor een redelijk bekwaam iemand niet meer te volgen. Toch heeft niemand er een punt van gemaakt. Explicitering van datgene waarop de verzoeken betrekking hebben, zou de gewenste helderheid brengen.

5.3 Structureel overzicht

Artikel 38d Wet Bopz regelt de interne rechtspositie bij een bepaalde vorm van zelfbinding. De oorspronkelijke tekst van artikel 38d lid 2 Wet Bopz verwees met het oog op dwangbehandeling naar ‘artikel 38, vijfde lid, derde volzin’. Deze verwijzing was foutief: artikel 38 Wet Bopz geldt immers uitsluitend voor de sectoren psychogeriatric en zorg voor mensen

met een verstandelijke handicap; zelfbinding daarentegen heeft enkel betrekking op de psychiatrie.

In een poging deze fout te herstellen heeft de wetgever de tekst van artikel 38d lid 2 Wet Bopz per 14 juli 2010 (wet van 4 juni 2010, *Stb.* 2010, 269) in die zin aangepast dat het genoemde lid nu verwijst naar artikel 38c Wet Bopz. Dit artikel handelt inderdaad over de psychiatrie. Wat dat betreft is het dus een verbetering.

Maar het aangepaste lid verwijst ten onrechte alleen naar ‘artikel 38c, eerste lid, onder b’. Het aangepaste lid zwijgt over artikel 38c lid 1 onder a Wet Bopz, welk onderdeel eveneens een grond voor dwangbehandeling bevat. Aldus impliceert – bij de bedoelde vorm van zelfbinding – thans de aanwezigheid van een voorlopige machtiging of inbewaringstelling dat de dwangbehandelingsgrond van artikel 38c lid 1 onder a Wet Bopz wél van toepassing is, terwijl de exclusieve verwijzing door artikel 38d lid 2 Wet Bopz naar ‘onder b’ suggereert dat de dwangbehandelingsgrond van artikel 38c lid 1 onder a Wet Bopz níet van toepassing is.

De wetgever is kennelijk het overzicht over de door hemzelf gecreëerde structuur verloren. De oplossing, i.e. juiste verwijzing, spreekt hier voor zich. Het is trouwens de vraag of een al te gretig gebruik van verwijzingen de overzichtelijkheid überhaupt ten goede komt (vgl. Aanwijzing 78 e.v. van Aanwijzingen voor de regelgeving, 1992).

5.4 Correcte zinsconstructie

Ook buiten de Wet Bopz struikelt de wetgever over zijn eigen zinsconstructie. Als laatste voorbeeld dient artikel 39 lid 2 sub a Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Puzzelt u maar eens met de volgende zinsnede a.u.b.:

‘categorieën van personen die in een bij het eerste lid bedoelde algemene maatregel van bestuur aangewezen register staan ingeschreven.’

Als u deze zinsnede ontleedt, zult u bemerken dat zij syntactisch niet klopt, aangezien hierin een lidwoord en een voorzetsel ontbreken.

Het zinsdeel was beter te snappen geweest, indien onnodige tangconstructies achterwege waren gelaten en in plaats daarvan de volgende formulering was gebruikt:

‘categorieën van personen die staan ingeschreven in een register aangewezen bij *de* algemene maatregel van bestuur bedoeld *in* het eerste lid’ (woorden in cursief toegevoegd door de auteur - SPKW).

6 Hulpverleners als primaire normadressaat

In de ggz draait het onder meer om het welzijn, de privacy, de gezondheid, de vrijheid en soms het leven van patiënten. Daarom is heldere regelgeving voor deze praktijk zeer van belang. Dit belang wordt nog vergroot doordat de primaire normadressaat hier veelal wordt gevormd door hulpverleners. Het zijn dezen die worden geacht de rechten van patiënten in hun handelen te respecteren en te realiseren. Het feit dat zij doorgaans niet hebben geleerd om met ingewikkelde juridische regels te werken – en dit mijns inziens ook niet zouden moeten hoeven leren – stelt extra hoge eisen aan de begrijpelijkheid van toepasselijke regels. Overigens betekent de eis van begrijpelijkheid niet dat regels simplistisch zouden behoren te zijn, zoals met de bovenstaande voorbeelden hopelijk is aangetoond.

7 Constructieve kritiek

In het sprookje weven bedrieglijke juristen de onbegrijpelijke regelgeving. Nu moet u niet denken dat ik daarmee de verantwoordelijkheid bij wetgevingsjuristen – of welke specifieke personen of instanties dan ook – wil leggen. Het sprookje wijst erop dat sociaal-psychologische processen in de weg kunnen staan aan evidente verbeteringen: door hun ijdelheid, angst om dom gevonden te worden en conformisme zijn allerlei betrokkenen en de omstanders mede verantwoordelijk voor de

totstandkoming en instandhouding van ondeugdelijke producten; en die betrokkenen en omstanders – dat zijn wijzelf.

De inzet van ‘De nieuwe regelgeving van de minister’ is positief. Het verhaal strekt er geenszins toe om regelgeving af te branden, laat staan om mensen te blameren. In tegendeel, vanuit een kritisch-constructieve betrokkenheid bij kwaliteit van regelgeving pleit ik ervoor om onduidelijkheden en vergissingen in een zo vroeg mogelijk stadium te corrigeren. Daarvoor is het nodig dat dergelijke gebreken gesignaleerd en aangekaart worden. Om de een of andere reden gebeurt dat te weinig. Zoals gezegd leidt het negeren ervan tot latere interpretatie- en toepassingsproblemen voor rechters, advocaten, juristen, managers, hulpverleners, patiënten en hun familie.

8 Wie doet z'n mond open?

Als we regels niet begrijpen, kan dit twee oorzaken hebben. Enerzijds is het mogelijk dat de kwaliteit van deze regels tekortschiet. Anderzijds is het mogelijk dat onze intellectuele competentie te wensen overlaat. Vanwege die laatste mogelijkheid zijn we geneigd onze mond te houden en genoegen te nemen met regels die we niet geheel begrijpen. Maar dit is geen functionele reactie. Immers, daardoor wordt de eerste mogelijkheid op de koop toe genomen.

Zelfs wanneer het onbegrip aan onszelf ligt, dan nog dient dit aan de orde gesteld te worden: we zullen de regels toch moeten begrijpen, indien we geacht worden er iets zinnigs mee te doen. En ook in dat geval kan blijken dat de regels vatbaar zijn voor verdere verduidelijking. Het verdient daarom de voorkeur om moeite met het begrijpen van regels eenvoudigweg in bespreking te brengen. De vergroting van ons begrip en de potentiële verbetering van de kwaliteit van regelgeving die hier het gevolg van zijn, wegen op tegen het risico om dom gevonden te worden.

We kunnen onduidelijkheid van regelgeving aanpakken. Laten we de moed hebben om het

kenbaar te maken wanneer we regels niet snappen. Natuurlijk doet men er goed aan zich eerst voldoende in de materie te verdiepen, indien men iets niet begrijpt. Maar als het dan nog onduidelijk blijft, is dit allicht een nuttig teken dat verheldering en herformulering op hun plaats zijn. Daar moeten we gebruik van maken.

9 Nieuwe kansen

Er zijn nieuwe kansen, want de wetgever zit niet stil. Ook op de vermelde rechtsgebieden vinden omvangrijke wetgevingsoperaties plaats. Ik noem hier slechts enkele relevante voorbeelden van wetgevingsprojecten: het Voorstel van wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (*Kamerstukken* 32 399), het Voorstel van wet forensische zorg (*Kamerstukken* 32 398), het Voorstel van wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (*Kamerstukken* 31 996), het Voorstel van wet cliëntenrechten zorg (*Kamerstukken* 32 402), de houtskoolschets beginselenwet zorginstellingen (d.d. 17-1-2011; *Kamerstukken* 32 604) en het wetsvoorstel herziening van de maatregelen van kindbescherming (*Kamerstukken* 32 015).

De openhartige vragen en feedback van rechtsgeleerden, relevante organisaties en burgers én het serieus nemen hiervan door parlementariërs, politici en ambtenaren zijn onmisbaar voor de goede afloop. Vol verwachting zie ik uit naar het moment waarop een klein meisje roept dat de keizer geen kleren aanheeft.

Literatuur

- Aanwijzingen voor de regelgeving. (1992). Circulaire van de Minister-President van 18 november 1992, *Stcrt.* 1992, 230, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 1 april 2011, *Stcrt.* 2011, 6602. URL: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0005730/>.
- Andersen, Hans Christiaan. *Sprookjes: Deel II* (uit het Deens vertaald door M. van Eeden-van Vloten). Utrecht/Antwerpen, Spectrum/ Prisma (achtste druk).

- Hirsch Ballin, Ernst. (2011). Recht en rechtvaardigheid van nabij. Thomas More Lezing, woensdag 30 maart 2011, 's-Hertogenbosch, Stichting Thomas More.
- Houtskoolschets beginselenwet zorginstellingen (2011). Den Haag: <http://www.rijks-overheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/01/17/houtskoolschets-beginselenwet-zorginstellingen.html>.
- Welie, S.P.K. (2008). Juridisering: Buiten de orde. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63(9), 777-778.
- Welie, S.P.K. (2011). Recht als mensenwerk: Buiten de orde. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 66(1/2), 95-96.
- Widdershoven, T.-P. (2011). Over magisch denken en beslissen over dwang. In: I. van Hooren (red.), *Afgelopen met het gedonder? 30 jaar pvp* (pp. 32-33), Utrecht, Stichting PVP.

34 Ontwerp-Beginselenwet zorginstellingen naar de Raad van State

*Mr. M. Jonkers*⁷⁵

Op 4 juni 2011 is de ontwerp-Beginselenwet zorginstellingen voor advies naar de Raad van State gezonden. Ten tijde van het schrijven van dit artikel is de inhoud van het wetsontwerp nog niet openbaar.

GGZ Nederland heeft op 7 juli 2011 een kritische brief naar de Raad van State geschreven. Zij baseert zich hierbij op de antwoorden van

⁷⁵ Marloes Jonkers is jurist op het gebied van gezondheidswetgeving en redacteur van *Journaal Ggz en recht*.

de staatsecretaris op de vragen van de leden van de vaste Kamercommissie van de Tweede Kamer van 12 april 2011. GGZ Nederland twijfelt nog steeds aan de (meer)waarde van het voorstel en heeft zorgen ten aanzien van de gevolgen van het voorstel voor de ggz en de verhouding tussen zorgverlener en cliënt in de ggz. De brief van GGZ Nederland aan de Raad van State kunt u lezen op de website van GGZ Nederland.

Ter herinnering: op 17 januari 2011 maakte staatsecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner van VWS haar plannen voor een voorstel Beginselenwet zorginstellingen bekend (de zgn. 'houtschoolschets'). Het voorstel Beginselenwet zorginstellingen is gericht op de gehele AWBZ-sector en geeft een aantal rechten aan de patiënt, waaronder het recht op regie over het eigen leven, recht op een dagelijkse douchebeurt en het recht op een eigen kamer, waarbij het roken op de kamer weer wordt toegelaten. Tevens wordt bij 'ernstige klachten over verzorging en bejegening' het individuele klacht-recht bij de IGZ geherintroduceerd.

Bronnen: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/01/17/houtschoolschets-beginselenwet-zorginstellingen.html>,
http://www.ggz nederland.nl/beleid-in-de-ggz/beleids-themas/patienten-en-kwaliteitswetgeving/beginselenwet-zorginstellingen_voorstel_.html.

jurisprudentie

35 Psychiater en Wet Bopz: bij de behandeling betrokken?

Hoge Raad

24 december 2010, nr. 10/04734, LJN BO4928 (mr. A. Hammerstein, mr. F.B. Bakels, mr. C.E. Drion)

(concl. A-G mr. F.F. Langemeijer)

Noot: Redactie «JVggz»

Behandelingsovereenkomst, Behandrelatie, Betrokken bij behandeling, Objectief onderzoek door medisch deskundige

[Wet Bopz art. 5 lid 1; BW art. 7:446]

Een psychiater heeft een geneeskundig onderzoek ingesteld vanwege een verzochte rechterlijke machtiging (RM). Dezelfde psychiater had betrokkene eerder – niet langer dan een jaar geleden – in de waarneming gezien bij een beoordeling om een inbewaringstelling (ibs) op te heffen. De rechtbank stelt vast dat er geen sprake is van een behandelrelatie destijds. In cassatie wordt aangevoerd dat waarneming (voor de behandelend psychiater) wél een behandelrelatie betekent. De Hoge Raad deelt het advies van de advocaat-generaal (A-G) en verwerpt het beroep.

Er kan volgens de A-G sprake zijn van een behandelingsovereenkomst (WGBO) als een arts iemand medisch onderzoekt. Het gaat zijns inziens in dit geval echter niet om de vraag of 'de rechtsverhouding op grond waarvan het eerdere psychiatrische onderzoek zou hebben plaatsgevonden al dan niet aange-merkt moet worden als een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Het gaat hier slechts om de vraag of de psychiater betrokken is bij de behandeling'.

In de rechtsbescherming van een patiënt (burger) is het objectieve onderzoek door een medisch deskundige een heel belangrijk onderdeel bij het besluit om iemand zijn vrijheid te benemen (zie bijv. het Varbanov-arrest). Dat betekent dat de onderzoeker een onafhankelijk oordeel moet kunnen vormen ter advisering van de rechter.

Als algemene beleidslijn voor onafhankelijkheid wordt aangehouden dat een psychiater langer dan een jaar niet betrokken is geweest bij de behandeling. Dit is een vrij globale norm, want wat wordt er dan verstaan onder een behandelrelatie en wanneer is er sprake van betrokkenheid bij een behandeling? In de ggz is altijd (onderlinge) waarneming van psychiateren geregeld en zijn er dienstroosters om crises te behandelen. Dat betekent dat psychiateren 'in naam' maar soms ook feitelijk waarnemend behandelaar kunnen zijn, of iemand in de crisisdienst beoordeeld kunnen hebben. Zeker in kleinere instellingen is dat niet te voorkomen, ook gezien de budgettaire krapte waarmee ggz-instellingen te maken hebben.

Dit advies van de A-G wijst op het belang van maatwerk bij het vaststellen van de behandelrelatie en van de nodige onafhankelijkheid bij beoordelingen. Niet alleen het tijdsverloop (één jaar), maar ook de duur en de intensiteit van de behandelrelatie zijn aspecten die de feitenrechter moet meewegen in het aanmerken van de onafhankelijkheid. Telkens dient deze het onderlinge gewicht te bepalen van de bovengenoemde factoren aan de hand van de omstandigheden van het geval. Voor de praktijk betekent het dat er steeds moet worden blijven nagedacht over de onafhankelijkheid, maar dat eerdere beoordelingen binnen het afgelopen jaar niet zonder meer betekenen dat een psychiater niet voldoende onafhankelijk is. Op zich wel een goed compromis tussen de praktische haalbaarheid in de ggz en de gewenste rechtsbescherming.

Bron: «JVggz» 2011/1.

(AH)

36 Overlast en Wet Bopz: stepped care en ambulante dwang niet mogelijk

Rechtbank Zutphen
10 maart 2010, nr. 110981
(mr. W.H. Westhuis)
Noot: mr. N.A. Heidanus

Ernstige overlast ten einde bij huisuitzetting. Maatschappelijke teloorgang. Geen rechterlijke machtiging. Zorgbeperking door Wet Bopz.

[Wet Bopz art. 2 lid 2a]

Een man, bekend met een verstandelijke handicap, schizofrenie en cannabismisbruik, veroorzaakt dermate ernstige overlast in de buurt dat de kantonrechter hem veroordeeld heeft zijn woning binnen drie weken te ontruimen. De behandelend psychiater wil hem via een gedwongen opname (Wet Bopz art. 2) behandelen en hoopt daarmee ook de uithuiszetting te voorkomen. Betrokkene wil wel aan een behandeling meewerken, maar zeker niet opgenomen worden. Als betrokkene uit huis gezet wordt, is er een grote kans op onheil, namelijk maatschappelijke teloorgang. Dat gevaar (uithuiszetting) kan echter niet meer worden afgewend met een RM, hetgeen maakt dat de rechter het verzoek afwijst.

Betrokkene heeft 'oordeel en kritiekstoornissen en ziektebesef noch -inzicht'. Hij weigert sinds een aantal maanden zijn depotmedicatie, maar zegt wel aan een behandeling te willen meewerken. Sinds het weigeren van het depot is hij progressief maatschappelijk verslechterd met onder andere verlies van sociale contacten (vriendin, werk) als gevolg. De dichotomie van de Wet Bopz 'opname of geen opname' leidt tot zo'n rechterlijk besluit (tot afwijzing). Hoewel het (gevaarlijk) gedrag lijkt te zijn veroorzaakt door de geestesstoornis

nis, wordt het gevaar niet afgewend door een opname. De patiënt behoudt hiermee zijn (negatieve) vrijheid, namelijk 'right to rot'. Geen opname voorspelt wat het patroon van het verdere beloop zal zijn: slaaphuis en zwerven. Sommige gezondheidsjuristen pleiten voor meer verplichte zorg voor mensen die niet meer in staat zijn autonome keuzes te maken in plaats van het gevaarscriterium – als enige middel te nemen om dwang te kunnen toepassen. Het wetsvoorstel Verplichte ggz – als beoogd opvolger van de Wet Bopz – gaat ook uit van zorg en dwang op maat. In de zorg-machtiging kan via stepped care indien nodig de zorg verplicht gemaakt worden. In dit geval had dan ambulante dwangbehandeling (met een depotmedicatie) voor de hand gelegen. Dan was de schade mogelijk beperkt gebleven. De annotator stelt dat 'geestelijke ellende in de ggz thuis hoort en niet in de gevangenis' en hij is bevreesd dat betrokkene daar uiteindelijk terecht gaat komen.

Als het gevaar niet uit de stoornis voortkomt, is het strafrecht een nuttig instrument; in dit geval zou je de betrokkene beschermd wonen gunnen in een context van zijn verstandelijke beperkingsproblematiek.

Bron: «JVggz» 2011/1.

(AH)

actualiteiten

37 Doe mee aan onderzoek naar geweld in de psychiatrie

De Vrije Universiteit Amsterdam doet onderzoek naar geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie. De uitkomsten van het onderzoek zullen bijdragen aan een helder beleid en minder geweld op de werkvloer. Uw hulp is voor dit onderzoek essentieel.

Werknemers in de psychiatrie komen regelmatig in aanraking met geweld. Dat kan gaan om verbale of fysieke agressie, van bedreiging tot mishandeling of erger. Wanneer heeft het zin daarvan aangifte te doen? Hoe verhoudt zich dat dan tot wet- en regelgeving zoals WGBO, BIG of Bopz? En in welke gevallen zou het Openbaar Ministerie tot vervolging kunnen overgaan? De Vrije Universiteit onderzoekt dit met verschillende partijen uit het veld.

Bent u werkzaam in de intramurale psychiatrie? Dan vragen wij u de online vragenlijst in te vullen. Met deze enquête willen de onderzoekers een feitelijk beeld krijgen van de aard en omvang van incidenten. Het invullen neemt maximaal 15 minuten in beslag.

Meer informatie over het onderzoek vindt u op www.geweldindepsychiatrie.nl.

38 Detailcontrole mogelijk bij alle ziektekostenverzekeringen

Sinds 16 juni 2011 heeft de bevoegdheid tot detailcontrole van de zorgverzekeraar voor

alle ziektekostenverzekeringen een wettelijke grondslag gekregen. In het verleden werd de materiële controle via zelfregulering door de zorgverzekeraars (via hun gedragscode en protocol materiële controle) geregeld. Deze moest vervolgens worden goedgekeurd door het College bescherming persoonsgegevens (CBP). De minister vond dat een onwenselijke situatie en heeft de grondslag voor detailcontrole nu voor alle ziektekostenverzekeringen wettelijk vastgelegd. De detailcontrole in de Zorgverzekeringswet was al sinds 9 juni 2010 mogelijk en nu geldt dit ook voor de AWBZ en aanvullende zorgverzekering (WMG). Door de wettelijke verankering van de detailcontrole mag de zorgverzekeraar persoonsgegevens opvragen en mag de zorgaanbieder die gegevens aan de zorgverzekeraar verstrekken. De detailcontrole is echter nog steeds en slechts in uiterste instantie toegelaten als algemene, minder ingrijpende controlemiddelen niet toereikend zijn. De zorgverzekeraar moet zich bij het uitvoeren van een controle aan strikte regels houden voordat een zorgaanbieder verplicht is zijn medewerking aan een controle te verlenen.

De voorwaarden voor materiële (detail)controle zijn voor elke zorgverzekering hetzelfde en zijn vastgelegd in artikelen 7.4 en 7.5 tot en met 7.10 van de Regeling zorgverzekering.

Bron: www.overheid.nl.

39 **Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling)**

De minister van VWS informeert de Kamerleden in een brief van 25 mei jl. over een aantal toezeggingen die zij de afgelopen maanden heeft gedaan over het thema dwang en drang

in de ggz. Tijdens het AO van 16 maart 2011 (Kamerstuk 30 492, nr. 52) en het VAO van 24 maart 2011 (*Handelingen II* 2010/11, nr. 65, item 8, p. 32-35) is met de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport over dwang en drang in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) gesproken. Ook zijn er op 29 maart 2011 vier moties door de Kamer aangenomen (moties 30 492, nrs. 47, 48, 49 en 50; *Handelingen II* 2010/11, nr. 66, item 25, p. 37-38). Door middel van deze brief informeert de minister de Kamer over acties die zij heeft ondernomen en afspraken die er zijn gemaakt om zo spoedig mogelijk invulling te geven aan de moties en toezeggingen. Een aantal van de toezeggingen wordt met deze brief nagekomen, voor de overige toezeggingen en de moties wordt er aangegeven hoe deze verder worden uitgevoerd.

In de brief meldt de minister dat later dit jaar een nota van wijziging volgt van het wetsvoorstel *Verplichte ggz*, mede naar aanleiding van een expertmeeting op 13 april jl. waar werd gesproken over een andere opzet en invulling van de commissie.

Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste aspecten uit de brief.

Motie 30 492, nr. 47, over een landelijke e-health uitvoeringsagenda

Inmiddels zijn diverse acties in gang gezet. De minister benadrukt dat haar rol hierbij is te zorgen voor de randvoorwaarden, terwijl het veld primair verantwoordelijk is voor de toepassing van e-health.

Motie 30 492, nr. 48, over de ontwikkeling van een behandelrichtlijn en veldnormen

De minister is met het veld in gesprek gegaan naar aanleiding van deze motie. De ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn zal ongeveer 2 à 2,5 jaar duren. Deze doorlooptijd is vergelijkbaar met die van andere multidisciplinaire richtlijnen. De door de Kamer gewenste doorlooptijd van 1,5 jaar blijkt in de praktijk

volgens de betrokken veldpartijen niet haalbaar te zijn. De partijen delen de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn in twee fases. Aspecten die de richtlijn onder andere zal behandelen zijn de controle op naleving van de richtlijn, de registratie op basis van de Argusgegevens en een kosteneffectiviteitsstudie.

Motie 30 492, nr. 49, over verplichte jaar-rapportages

De invulling van deze motie zal verlopen via het programma 'Zichtbare Zorg'. Dwangmedicatie wordt een van de indicatoren die jaarlijks ingevuld moeten gaan worden.

Motie 30 492, nr. 50, over een meldpunt bij de IGZ

In de beginselenwet zorginstellingen worden de mogelijkheden voor het indienen van ernstige klachten bij de IGZ verbeterd. Daarnaast geeft de wet nog meer mogelijkheden aan de cliënt of zijn vertegenwoordiger om verbetering van de kwaliteit van zorg af te dwingen. De motie wordt tevens betrokken in de brief over de uitvoering van het meldpunt Gehandicaptenzorg door de IGZ, die de Kamer binnenkort zal ontvangen.

Toezeggingen

Ontwikkeling aantal separaties 2010

Uit een recente tussenrapportage blijkt een afname van het aantal separaties van 5,5 procent in 2010, ten opzichte van een daling van 10 procent over 2009.

Nieuw streefcijfer voor vermindering van aantal suicides

In het najaar van 2011 komt een nieuwe richtlijn beschikbaar. Nadat de richtlijn beschikbaar is, wordt in overleg met de veldpartijen een nieuw streefcijfer bepaald. Totdat een nieuw streefcijfer is vastgesteld, wordt het voorlopige streefcijfer van 5 procent minder suicides per jaar gehanteerd.

Niet-westerse allochtone jongeren in de Forensische Zorg (FZ) en de ggz

Begin 2012 verschijnt het advies van de Gezondheidsraad over het eerder en beter bereiken van jeugdigen met een niet-westerse achtergrond door de geestelijke gezondheidszorg.

Beleidsregel dwang en drang

Ook voor het jaar 2012 zal de beleidsregel dwang en drang, conform de toezegging van de voorganger van de minister, beschikbaar blijven. Welke aspecten en accenten er voor dat jaar gaan gelden, zal met partijen rond de zomer worden besproken. Na 2012 zal bekeken worden of het na zeven jaar projecten te hebben uitgevoerd, wenselijk is om het terugdringen van dwang en drang een integraal onderdeel van de zorginkoop te gaan laten uitmaken.

Cijfers over geweld tegen personeel in de ggz

De minister heeft de intentie om vermindering van geweld tegen personeel een extra impuls te geven en zal na het zomerreces met een plan van aanpak komen. Samen met sociale partners in de zorg (inclusief de ggz), de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de minister van Veiligheid en Justitie, bekijkt zij momenteel hoe er invulling kan worden gegeven aan de aanpak van agressie en geweld in de zorg.

Bron: Kamerstukken II 2010/11, 30 492, nr. 53.

40 Europese privacytoezichthouders verduidelijken het begrip 'toestemming'

Europese privacytoezichthouders hebben de voorwaarden voor toestemming van degene van wie gegevens worden verwerkt (verder: 'betrokkene') uitgelegd. Voor Nederland wordt de toestemming voor de verwerking van per-

soonsgegevens geregeld in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

De voorwaarden die hieronder worden genoemd, zijn van belang voor zorgaanbieders in de ggz, omdat zij verwerkers van persoonsgegevens zijn. Er wordt aangegeven wanneer toestemming van de betrokkene is vereist en aan welke voorwaarden de toestemming moet voldoen om geldig te zijn.

Onder het ‘verwerken’ van persoonsgegevens wordt verstaan: het verzamelen, vastleggen, ordenen, bewaren, bijwerken, wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiding of enige andere vorm van terbeschikkingstelling, samenbrengen, met elkaar in verband brengen, alsmede het afschermen, uitwissen of vernietigen van tot persoon herleidbare gegevens.

De voorwaarden voor een geldige toestemming zijn:

- de toestemming moet op dusdanige wijze zijn verkregen dat er geen twijfel is dat degene wiens gegevens worden verwerkt hier daadwerkelijk mee instemt;
- alleen *expliciet* gegeven toestemming vanuit een *actieve* handeling, is geldig. Stilte of passiviteit kan nooit leiden tot geldige toestemming; als voorbeeld wordt hier genoemd dat als iemand zich aanmeldt bij een netwerksite en zijn of haar persoonlijke gegevens zijn standaard zichtbaar voor het aangesloten netwerk, dan kan niet zomaar worden geconcludeerd dat deze persoon hiervoor toestemming heeft gegeven;
- toestemming moet worden gegeven voordat de verwerking van persoonsgegevens start of vóór elk nieuw gebruik van gegevens;
- het recht om de toestemming in te trekken moet voor de betrokkene gegarandeerd zijn;
- de verwerker moet betrokkenen goed informeren over de verwerking van hun persoonsgegevens, zodat zij een bewuste

keuze kunnen maken. Dit is vooral belangrijk voor mensen die niet (volledig) handlingsbekwaam zijn, zoals minderjarigen;

- tot slot moeten verwerkers van persoonsgegevens kunnen aantonen dat zij geldige toestemming hebben verkregen.

Bron: www.cbppweb.nl

(MJ)

41 **Bekendmaking Ontwerpbesluit Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en protocol materiële controle**

Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) heeft van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een aanvraag ontvangen tot het afgeven van een verklaring van instemming inzake de ontwerpgedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars met bijbehorend Protocol Materiële Controle. De Gedragscode en protocol materiële controle vormen een praktische aanvulling op de stapsgewijze opzet van materiële controle zoals die is vastgelegd in de ministeriële regelingen bij de Zorgverzekeringswet, AWBZ en Wmg.

Tijdens de voorbereiding van de Gedragscode/protocol materiële controle door ZN zijn partijen en de ggz-sector waaronder GGZ Nederland, geraadpleegd.

Het CBP is van plan haar instemming te verlenen, maar volgens de Wet bescherming persoonsgegevens krijgen belanghebbenden eerst nog de tijd om opmerkingen over het ontwerpbesluit naar het CBP te sturen. Het ontwerpbesluit en de Gedragscode zijn gepubliceerd op de website van het CBP: www.cbppweb.nl.

Belanghebbenden kunnen uiterlijk vóór 24 augustus 2011 hun opmerkingen – onder ver-

melding van de bijbehorende ontwerpgedragscode – sturen aan het CBP via:
 College bescherming persoonsgegevens
 Postbus 93374
 2509 AJ Den Haag
 T: 070-8888500

Bron: www.cbpweb.nl; www.ggz nederland.nl

(MJ)

agenda

Symposium ‘Gz-psycholoog: spil in een veranderende Gezondheidszorg’

Wat is de rol van de Gz-psycholoog binnen het brede terrein van de gezondheidszorg? Welke zijn de specifieke competenties van de Gz-psycholoog en hoe vertaalt zich dit naar de beroepspraktijk? Tijdens dit symposium staat de profilering van de Gz-psycholoog in een sterk in beweging zijnde gezondheidszorg centraal.

Datum: 8 september 2011

Locatie: Pim Jacobs Theater, Maarssen

Kosten: € 315

Meer informatie: Cure & Care Development, <http://www.curecare.nl>

Interculturele ggz

Deze studiedag gaat in op het bereiken van allochtone cliënten, op de zorgvraag en zorgbehoefte van migranten.

Datum: 15 september 2011

Locatie: Aristo, Amsterdam

Kosten: € 315

Informatie: Leids Congres Bureau, www.leidscongresbureau.nl

Gedragsproblemen bij ouderen

Dit congres gaat in op achtergronden van probleemgedrag, de aanpak ervan en geeft nieuwe inzichten in onderzoek en praktijk.

Datum: 20 september

Locatie: Aristo, Amsterdam

Kosten: € 315

Informatie: Leids Congres Bureau, www.leidscongresbureau.nl

Familie en andere naastbetrokkenen!

Onmisbare partners in de ggz

Op dit congres beantwoorden deskundigen uit verschillende vakgebieden, vanuit uiteenlopende invalshoeken de vraag hoe we de omgeving en belangrijke naasten ook daadwerkelijk kunnen betrekken in ons werk.

Datum: 4 oktober

Locatie: GGNet, Apeldoorn

Kosten: € 95

Informatie: Benecke, www.deggzacademie.nl

Ggz en recht

Nieuwsbrief voor de psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric

Redactiesecretariaat
dhr. J. Coppejans, Sdu Uitgevers bv
Postbus 20025, 2500 EA Den Haag
tel.: (070) 378 96 67; fax: (070) 799 98 30
e-mail: j.coppejans@sdu.nl

Redactie
mw. mr. dr. B.J.M. Frederiks (VU Medisch Centrum
Amsterdam/hoofdredacteur)
mr. dr. L.A.P. Arends (Dirkzwager advocaten en notarissen)
dr. R.L.P. Berghmans (Universiteit Maastricht)
mr. dr. K. Blankman (Vrije Universiteit Amsterdam)
mr. R.Ph. Gerzon (GGZ Nederland)
mr. H.J. Hangelbroek (Parnassia Bavo Groep)
mr. J.A. Heeren (Smeets Advocaten)
mr. R. Helle (Helle – Juridisch en medisch advies)
dr. A.J.K. Hondius (GGZ Centraal)
mw. drs. F.W. Hulscher-Weenink (Triversum)
mw. mr. M. Jonkers (GGZ Nederland)
mw. mr. M.M. Niele (Parnassia Bavo Groep)
mw. mr. T.E. Stikker (GGZ Nederland)
drs. J.R. van Veldhuizen (psychiater en adviseur)
mw. drs. M.C.G. van der Zanden (IGZ)
mr. drs. R.H. Zuijderhoudt (Zuijderhoudt Consultancy)

Uitgever
mw. mr. T. Koetsier, Sdu Uitgevers bv

De redactie van JGGZR stelt zich tot doel de lezer te voorzien van informatie over actuele (juridische) ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg, zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en zorg aan mensen met dementie. Bijdragen worden op persoonlijke titel geschreven en reflecteren niet noodzakelijk de opinie van de gehele redactie.

Abonnementen en administratie
De abonnementsprijs bedraagt € 177,- per jaar (excl. btw, incl. verzendkosten en verzamelband). De prijzen van losse nummers zijn op aanvraag verkrijgbaar; verschijningsfrequentie: 8 keer per jaar. Prijswijzigingen voorbehouden. Abonnementen kunnen worden opgegeven bij Sdu Klantenservice, Postbus 20014, 2500 EA Den Haag o.v.v. "Journaal Ggz en recht". Telefoon (070) 378 98 80, fax (070) 378 97 83.
Een abonnement kan op ieder gewenst tijdstip ingaan en geldt tot wederopzegging, tenzij anders overeengekomen. Partijen kunnen ieder schriftelijk opzeggen tegen het einde van de abonnementsperiode, met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.

© Sdu Uitgevers 2011, Den Haag

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de door de Auteurswet gestelde uitzonderingen, mag niets uit deze uitgave worden vervoelvoudigd (waaronder begrepen het opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand) en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
De bij toepassing van art. 16b en 17 Auteurswet wettelijk verschuldigde vergoedingen wegens fotokopiëren, dienen te worden voldaan aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, telefoon (023) 799 78 10. Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken op grond van art. 16 Auteurswet dient men zich te wenden tot de Stichting PRO, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, telefoon (023) 799 78 09. Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever. Hoewel aan de totstandkoming van deze uitgave de uiterste zorg is besteed, kan voor de afwezigheid van eventuele (druk)fouten en onvolledigheden niet worden ingestaan en aanvaardt de auteur(s), redacteur(en) en uitgever deswege geen aansprakelijkheid voor de gevolgen van eventueel voorkomende fouten en onvolledigheden.

Citeertitel
JGGZR jaartal/artikelnummer (voorbeeld: JGGZR 2011/1)

ISSN 1574-6801



Ontvang de meest recente informatie op het gebied van de Wet Bopz. Direct.

Steeds meer professionals die te maken hebben met de Wet Bopz ontdekken de voordelen van **OpMaat_Bopz**.

Via dit online portal heeft u 24 uur per dag toegang tot een uitgebreide, overzichtelijke en actuele juridische database speciaal voor uw vakgebied.

U zoekt in belangrijke juridische bronnen, waaronder het jurisprudentietijdschrift «*Jurisprudentie Verplichte ggz*» en artikelen uit het *Journaal Ggz en recht*. Via een automatische e-mailtendering wordt u op de hoogte gehouden van de laatste ontwikkelingen binnen uw vakgebied.

**Nu gratis 1 maand op proef.
Ga snel naar www.sneltotdekern.nl**



OpMaat
SNEL TOT DE KERN VAN DE ZAAK

Sdu UITGEVERS

Nederlands
Uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

Sdu UITGEVERS