

verwardheid. Tot slot maakt Rutger Kips zich grote zorgen over de gevolgen van de observatiemachtiging. De maatregel kan ertoe leiden dat mensen minder vertrouwen hebben in behandelaren. Hij uit ernstige kritiek op het voorgestelde criterium voor de observatiemachtiging dat inhoudt dat “kan worden aangenomen dat betrokkene aan een psychische stoornis leidt”.

In het dikke kerstnummer ook aandacht voor de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Deze wet dateert uit 1996 en al enige tijd wordt gewerkt aan voorstellen om deze wet te wijzigen. Er ligt nu een derde wijziging in de vorm van een consultatiedocument, mede ingegeven door diverse governancegerelateerde incidenten. Van Malssen schrijft erover in dit jaarnaal. Een medezeggenschapsregeling als middel voor flexibiliteit, maar tegelijkertijd een star vehikel waarvan niemand precies weet welk medezeggenschapsorgaan er eigenlijk mee in moet stemmen. Van Malssen pleit voor duidelijke keuzes, waarvan de consequenties beter doordacht worden. De wetgever is nadrukkelijk aan zet aldus Van Malssen. We ronden het nummer af met een klein feestje. Het is niet alleen maar kommer en kwel in de ouderenzorg, zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrie. De Stichting PVP bestaat dit jaar 35 jaar. Inmiddels werken er 57 patiëntenvertrouwenspersonen in meer dan honderd instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Cliënten geven aan dat zij zich serieus genomen voelen door de pvp. In al die jaren dat de stichting bestaat is er één ding niet veranderd: de partijdige ondersteuning van de pvp waardoor cliënten zich serieus genomen voelen en hun recht kunnen halen! Ik wens u veel leesplezier onder de kerstboom.

78 Gedwongen zorg voor ouderen met dementie; juridisch toekomstbestendig?³

*Brenda Frederiks*⁴

Take home message

De verschillen tussen twee wetten voor gedwongen zorg (Wet zorg en dwang en Wet verplichte ggz) mogen *niet* in stand worden gehouden door de criteria ‘mensen zijn anders’ en ‘de sectoren zijn anders georganiseerd’.

1. Maak de Wet zorg en dwang ook ambulant toepasbaar en regel dit op een zorgvuldige manier in de wet zelf.
2. Beperk de administratieve lasten van de Wet zorg en dwang door in samenspraak met het veld (Actiz, beroepsgroepen en cliëntenorganisaties) te bepalen waar de *nadruk* ten aanzien van registratie van gedwongen zorg op moet komen te liggen
3. De definitie van onvrijwillige zorg die de Inspectie voor de Gezondheidszorg hanteert bij haar toezicht *moet* dezelfde zijn als de definitie van onvrijwillige zorg uit de Wet zorg en dwang.
4. Voer de functie van Bopz-arts, waarvoor in zowel de ouderenzorg als de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking een modeltaakomschrijving bestaat, ook in de Wet zorg en dwang in.

³ Dit artikel is een bewerking van de inleiding (met als titel ‘Gedwongen zorg voor ouderen met dementie; juridisch toekomstbestendig’) gehouden op vrijdag 4 november 2016 tijdens de najaarsvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht in Utrecht.

⁴ Mr. dr. B.J.M. Frederiks is universitair docent gezondheidsrecht aan het VU Medisch Centrum Amsterdam en hoofdredacteur van JGGZR.

5. De functie van een cliëntvertrouwenspersoon moet in de Wet zorg en dwang op dezelfde wijze wettelijk verankerd worden (organisatie en financiering) als in de sector ggz.
6. Maak vooruitlopend op of in afwachting van de Wet zorg en dwang de voorwaardelijke machtiging *ook* mogelijk in de ouderenzorg.
7. Het uitgangspunt in de ouderenzorg is bij gedwongen zorg ‘nee, tenzij’ maar er kunnen situaties zijn waarin gedwongen zorg toch aan de orde is. In die situaties staat het ultimatum-remediumprincipe voorop en streven zorgverleners naar de hoogste vorm van kwaliteit van zorg (denk aan deskundig personeel, betrokkenheid psycholoog, regelmatige evaluaties, cliënt dan wel vertegenwoordiger informeren over de gronden van gedwongen zorg en het in acht nemen van de criteria proportionaliteit, doelmatigheid en subsidiariteit).

Inleiding

In 2008 schreef de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar rapport ‘Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kan en moet’ dat het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen in de ouderenzorg en zorg aan mensen met een verstandelijke beperking teruggedrongen moet worden.⁵ Aanleiding voor dit rapport waren diverse calamiteiten met onrustbanden, waarvan een aantal ook tot het overlijden van cliënten had geleid. Nederland zou achterlopen bij andere westerse landen als het gaat om het gebruik van onrustbanden. Daarnaast zouden bedekken en psychofarmaca nog te veel worden ingezet. Kortom, het was tijd voor actie. De Inspectie heeft op basis van de uitkomsten van haar rapport een handhavingplan opgesteld dat onder andere inhield dat in 2011 geen onrustbanden

5 Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008), ‘Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kan en moet’, Den Haag.

meer gebruikt mochten worden. Dit werd gevolgd door een intentieverklaring ‘Zorg voor vrijheid. Samen naar minder vrijheidsbeperking in 2011’. Deze verklaring (2008) is ook ondertekend door Actiz, de branchevereniging voor zorgaanbieders in ouderenzorg, wonen, welzijn en zorg voor jeugd, en de NVVA, de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, de voorloper van Verenso.

In dit artikel beargumenteer ik dat de rechtspositie van ouderen met dementie sterk onder druk staat en in het bijzonder als het gaat om gedwongen zorg.⁶ Deze vorm van zorg is (helaas) nog altijd gemeengoed in de ouderenzorg. De praktijk laat al zien dat het ook minder en anders kan. Er zullen echter altijd momenten blijven voorkomen dat onvrijwillige zorg wél aan de orde is, als *ultimatum remedium*. Op die momenten dat gedwongen zorg noodzakelijk is, moet het juridische wel goed geregeld zijn. Over dat laatste heb ik grote twijfels. Zowel voor cliënten in een verpleeghuis als voor cliënten die thuis wonen of alleen overdag naar dagbesteding gaan. Bij gedwongen zorg hoort gewoon een aantal waarborgen die nu in de huidige Wet bopz én in de toekomstige Wet zorg en dwang⁷ niet goed gewaarborgd zijn.

Gedwongen zorg nog te vaak een alledaags onderdeel van de zorg

In Nederland zijn er circa 270.000 mensen met dementie en de verwachting is dat er in 2040 500.000 en in 2055 maar liefst 690.000 mensen

6 In dit artikel is de centrale term voor vrijheidsbeperking ‘gedwongen zorg’. Deze term stond centraal tijdens de najaarsvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 4 november 2016. De wetgever hanteert in de nieuwe wetgeving de term onvrijwillige zorg in de Wet zorg en dwang respectievelijk verplichte zorg in de Wet verplichte ggz.

7 *Kamerstukken I 2013/14 31 996, A en Kamerstukken II 2015/16, 32 399, 25 en 27* (tweede en derde nota van wijziging Wet verplichte ggz met daarin wijzigingen voor de Wet zorg en dwang).

met dementie zijn.⁸ Door de vergrijzing neemt het aantal ouderen met dementie snel toe. Slechts 70.000 ouderen met dementie wonen in een verpleeg- of verzorgingshuis. De overige 70 procent woont nog thuis en valt terug op de zorg van mantelzorgers. Het is niet bekend hoeveel van deze ouderen te maken hebben met gedwongen zorg. In het rapport van de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg (2015) zijn wel wat cijfers te vinden, maar dit zijn geen actuele cijfers uit de praktijk.⁹ Bovendien is het nog maar de vraag of alle vormen van gedwongen zorg zoals dwangbehandeling en noodmaatregelen als zodanig in de praktijk worden herkend, geregistreerd en gemeld aan de Inspectie. Daarover later meer in dit artikel.

Duidelijk is wel dat de wetenschap maar ook de media zeer kritisch oordelen over gedwongen zorg. In een artikel in *NRC* van 31 oktober 2015¹⁰ lezen we dat in Nederlandse woonvoorzieningen voor ouderen met dementie een op de vier mensen met dementie kalmerende medicijnen krijgt toegediend.¹¹ Die worden soms buiten hun zicht en medeweten in de koffie gedruppeld. De medicatie kan helpen tegen dwalen, agressie of aanhoudend roepen, maar onderliggende oorzaken worden er niet mee opgelost. De middelen veroorzaken bijwerkingen zoals sufheid, lusteloosheid en spierstijfheid. Lopen, praten, kauwen en slikken kunnen ook beïnvloed worden.

In het kader van de Monitor Woonvormen Dementie worden gegevens verzameld, waaronder over gedwongen zorg.¹² De meest recente

cijfers uit 2013/2014 laten zien dat gedwongen zorg is afgebouwd vooral als het gaat om fixatie, waaronder bedhekken, onrustbanden, diepe stoelen, plankstoelen en verpleegdekens. De cijfers laten echter ook zien dat er tussen de woonvoorzieningen een zeer grote variatie bestaat als het gaat om gedwongen zorg. Er zijn woonvoorzieningen waar relatief veel middelen worden ingezet. Als het gaat om psychofarmaca is er geen significante verandering opgetreden in de periode 2008-2014.¹³ Ook hier zijn de verschillen groot tussen de woonvoorzieningen.

Gedwongen zorg komt ook in de thuiszorg voor. Dat is geen nieuw gegeven. Het mag echter nu niet. De Wet bopz geldt alleen voor cliënten die onvrijwillig zijn opgenomen in een verpleeghuis of een afdeling van een verzorgingshuis met een Bopz-aanmerking. Een onderzoek van de Universiteit Maastricht laat zien dat het stiekem toedienen van medicatie, het opsluiten in huis of het gedwongen moeten douchen niet ongebruikelijk is. Een aantal thuiswonende ouderen in het onderzoek had ook te maken met bedhekken of werd zelfs vastgebonden aan een tafel. Volgens de onderzoekers hebben zij slechts het topje van de ijsberg in kaart gebracht omdat alleen ouderen die onder toezicht stonden van een casemanager in het onderzoek zijn meegenomen.¹⁴

Er zijn ook ouderen met dementie die thuis niet achter een gesloten deur leven. In een arti-

8 www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-algemeen.pdf, geraadpleegd op maandag 17 oktober 2016.

9 Legemaate et al. (2014). *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*. Den Haag: ZonMw.

10 A. den Ouden, 'Koffie verkeerd voor ouderen met dementie', *NRC* 31 oktober 2015.

11 A.M. Pot, J. de Lange, (ed.) (2015), *Trimbosinstituut, Monitor Woonvormen Dementie. Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

12 De laatste meting dateert uit 2013-2014 waar 54 woonvoorzieningen aan hebben deelgenomen

(A.M. Pot, J. de Lange, (ed.) (2015), *Trimbosinstituut, Monitor Woonvormen Dementie. Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

13 A.M. Pot, J. de Lange, (ed.) (2015), *Trimbosinstituut, Monitor Woonvormen Dementie. Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

14 R. Langenveld, Pa gaat zwerfen maar lost een bedhek dat op? *Dagblad de Limburger*, 21 november 2014. C. Vis, Dementerenden met thuiszorg vaak onder dwang verpleegd. *Trouw*, 30 oktober 2014 (zie ook: J.P. Hamers et al., Behind closed doors: involuntary treatment in the care of persons with cognitive impairment at home in the Netherlands *JAGS* 64:354-358, 2016).

kel in NRC¹⁵ geven kinderen aan dat moeder er nog zo van geniet dat ze buiten kan wandelen. Liever een jaartje korter leven dan een leven achter slot en grendel, aldus de familie. Totdat hun moeder twee dagen en nachten afwezig was geweest. Ze mankeerde niets. De batterijen van haar GPS-apparaat waren leeg. De oplossing die was bedacht om moeder buiten rond te kunnen laten lopen, werkte niet optimaal. Vervolgens is moeder opgenomen op een gesloten afdeling. Dat klinkt als een zeer drastische oplossing. Steeds meer verpleeghuizen stellen deze 'gesloten afdeling' ter discussie. Een gesloten deur is een vorm van vrijheidsbeperking die moet voldoen aan de vereisten van de Wet bopz. Lang niet alle ouderen met dementie die worden opgenomen in een verpleeghuis, veelal met een artikel 60-indicatie – wat betekent dat zij geen bereidheid maar ook geen bezwaar hebben tegen opname – hebben de neiging om weg te lopen. Er bestaan ook woonvormen voor mensen met dementie waar de deuren wel open zijn en bovendien geen gebruik wordt gemaakt van codesloten. Domotica bijvoorbeeld in de vorm van GPS worden in deze huizen in beginsel niet ingezet, want ook die kunnen een vorm van gedwongen zorg zijn.¹⁶ Alleen als het noodzakelijk is en er een reden is om mensen te volgen, kan de inzet van domotica een overweging zijn.

Een definitie van gedwongen zorg?

Het gaat in dit artikel over gedwongen zorg. In de Wet bopz vinden we hiervan geen definitie terug. Op grond van deze wet worden wel een aantal verschillende vormen van gedwongen zorg, oftewel vrijheidsbeperking, benoemd zoals huisregels, beperkingen in de bewegingsvrijheid, bezoek, post en telefoonverkeer en

wordt een onderscheid gemaakt tussen dwang en noodsituatie. In de praktijk worden diverse andere invullingen gegeven aan deze verschillende vormen van onvrijwillige zorg uit de wet. De huidige wet volgt niet de ontwikkelingen in de zorg, zoals het toegenomen gebruik van domotica (GPS, sensor, belmatje). Dit kwam al naar voren in 2002 bij de tweede evaluatie van de Wet bopz. Veel vormen van gedwongen zorg zoals fixatie of gedragsregulerende medicatie worden opgenomen in het zorgplan. Op het moment van toepassing verzet een oudere met dementie zich. De Wet bopz schrijft op dat moment voor dat er sprake is van dwangbehandeling, mits aan de voorwaarden is voldaan. De praktijk leert dat doorgaans conform het zorgplan wordt gehandeld en zorgverleners dwangbehandeling lang niet altijd in het vizier hebben. Hierdoor vindt er geen (interne) registratie plaats en ook geen melding aan de Inspectie.¹⁷

In de Wet zorg en dwang, die op 19 september 2013 is aangenomen door de Tweede Kamer en in de toekomst de Wet bopz gaat vervangen voor de ouderenzorg en zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, is wel een definitie opgenomen van gedwongen zorg oftewel 'onvrijwillige zorg'. Het gaat dan om zorg *waartegen* de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet (art. 2 Wet zorg en dwang).

Deze definitie is een stuk enger dan de definitie die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert sinds 2008: *alle maatregelen (fysiek en verbaal) die de vrijheid van cliënten beperken*, zoals: fysieke vrijheidsbeperking (Zweedse band, verpleegdeken, polsband), gedragbeïnvloedende medicatie, domotica (sensor, uitluistersysteem, camera) en afspraken op individueel of groepsniveau (afspraken over telefoneren en internet, afspraken over

15 J. Mat, Een sterke vrouw met een probleem: alzheimer. NRC, 22 oktober 2015.

16 M. van Leen, Open of gesloten woonzorgcentra voor cliënten met dementie? Op weg naar een organisatie met open deuren binnen de reikwijdte van de Wet Bopz. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 2015-3.

17 L.A.P. Arends, K. Blankman & B.J.M. Frederiks, *Evaluatie Wet Bopz, Deelonderzoek 10-3: Interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector*, Den Haag: ZonMw 2002, o.a. p. 124 en 60.

roken, keuken op slot).¹⁸ Het verzetscriterium, dat wel nadrukkelijk wordt genoemd in de Wet bopz en ook de Wet zorg en dwang, ontbreekt in de definitie van IGZ.

De Wet zorg en dwang definieert zorg in de meest brede zin. Het kan gaan om bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming en beveiliging (art. 1 lid 4 Wet zorg en dwang). Veel van deze elementen worden in de praktijk onder dwang toegepast. Dan gaat het om gedwongen douchen maar ook over afspraken dat een cliënt maar drie keer per dag naar de wc mag, terwijl ze mogelijk veel vaker naar de wc wenst te gaan.¹⁹

In de tweede²⁰ nota van wijziging van de Wet verplichte ggz is de definitie van onvrijwillige zorg aangepast in het kader van de harmonisatie van de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang. Deze wijziging op zich is al een interessante ontwikkeling, temeer omdat de Wet zorg en dwang al in de Eerste Kamer ligt. Onvrijwillige zorg wordt onderverdeeld in negen limitatieve vormen (art. 2 lid 1 a-i Wet zorg en dwang). Dit betekent dat er geen andere vormen van onvrijwillige zorg mogelijk zijn dan de vormen die hier worden genoemd. De wetgever heeft er bewust voor gekozen om de negen vormen niet nader uit te werken, omdat het nieuwe positieve ontwikkelingen in het veld in de weg zou staan.²¹

18 B.J.M. Frederiks, T.A. Ruitenbeek, M.C.G. van der Zanden, Kwaliteitskader Campagne Zorg voor Vrijheid in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg en Verpleeghuis- en Verzorgingshuiszorg. Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en bevorderen van good practices, Utrecht, oktober 2007.

19 Verpleeghuizen Careyn door ‘plascontract’ opnieuw in opspraak. *Elsevier* 2 november 2016. www.elsevier.nl/nederland/achtergrond/2016/11/maximaal-driekeer-per-dag-naar-wc-kamer-boos-over-verpleeghuis-394207/.

20 *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25.

21 *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25. Als voorbeeld wordt genoemd insluiten, waaronder allerlei vormen kunnen worden geregistreerd zoals een extra beveiligde kamer, afdelingen met high intensive care.

Inzicht in cijfers gedwongen zorg bij ouderen met dementie

Eerder gaf ik al aan dat we niet weten hoeveel ouderen met dementie in hun vrijheid worden beperkt. Een belangrijke uitkomst van de tweede evaluatie Wet bopz was dat er veel meer middelen en maatregelen worden toegepast dan bij de Inspectie bekend is. De cijfers uit het Bopzis-registratiesysteem uit 2013 bevestigen dit beeld. Er komt ook dwang voor bij vrijwillig opgenomen cliënten en cliënten die niet verblijven op een locatie met een Bopz-aanmerking (denk aan dagbesteding, cliënten die thuis wonen, cliënten die onder de WMO dan wel zorgverzekeringswet vallen of cliënten in een verzorgingshuis). Juridisch mag dat niet. De Wet bopz beperkt zich tot locaties met een Bopz-aanmerking. Naast het feit dat veel dwang niet als zodanig wordt herkend dan wel buiten het huidige wettelijk kader valt, speelt in de ouderenzorg ook de gedachte dat er weinig wordt gedaan met de cijfers die bij de Inspectie moeten worden gemeld. In 2002 gaven zorgaanbieders, in een enquête in het kader van de tweede evaluatie Wet bopz, aan dat melden *nutteloos* is.²² Deze bevinding staat in schril contrast tot het gegeven dat elke vorm van dwang feitelijk een inbreuk op de mensenrechten van ouderen is. Het gaat bovendien om zeer kwetsbare groep van oudere mensen die recht hebben op een goede bescherming van hun rechtspositie. Volgens de wetgever draagt een registratie van onvrijwillige zorg bij aan deze doelstelling. De Wet zorg en dwang kent een registratieverplichting, inhoudende dat elk half jaar een overzicht aan de IGZ toegestuurd moet worden.²³

22 L.A.P. Arends, K. Blankman & B.J.M. Frederiks, *Evaluatie Wet Bopz, Deelonderzoek 10-3: Interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector*, Den Haag: ZonMw 2002.

23 De registratieplicht heeft twee doelen; het dwingt de zorgbestuurder tot het intern toezicht houden op het beleid ten aanzien van onvrijwillige zorg en geeft IGZ informatie voor het effectief inrichten van het externe toezicht (*Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25).

Als het gaat om registratie van onvrijwillige zorg heeft Actiz recentelijke nadrukkelijk van zich laten horen. Op 7 oktober 2016 stuurde Actiz een brief aan de leden van de Tweede Kamer waarin zij kritiek uiten op de vragenlijst van de IGZ naar risico-indicatoren.²⁴ De Wet popz schrijft voor dat elke toepassing van dwang en nood aangemeld en afgemeld moet worden. Dan gaat het specifiek om vormen van zorg die tegen de wil van de cliënt dan wel de vertegenwoordiger worden toegepast. De cijfers die de Inspectie verzoekt aan te leveren²⁵ gaan echter veel verder dan de wet. Alle vormen van domotica moeten worden gemeld, ongeacht wel of geen verzet. Hetzelfde geldt voor alle toepassingen van psychofarmaca.

In de risico-indicatoren van de Inspectie wordt vrijheidsbeperking omschreven als “middelen en maatregelen die met of zonder toestemming de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken”. Bijvoorbeeld: een cliënt slaapt met bedekken om onveilige situaties te voorkomen. Belangrijk is dat de genoemde middelen en maatregelen pas vrijheidsbeperkend zijn als de cliënt de maatregel of het middel niet zelfstandig kan wegnemen, aldus de Inspectie. Bijvoorbeeld een tafelblad dat de cliënt met dementie zelf kan wegschuiven is geen vrijheidsbeperkende maatregel. Voor de Inspectie is het gebruik van domotica of het gebruik van psychofarmaca (altijd) een vrijheidsbeperkende maatregel. Deze wijze van registreren leidt tot een hoog percentage vrijheidsbeperkingen en kan voor de Inspectie een signaal zijn om op bezoek te komen. Pas dan kan de zorgaanbieder echter de context toelichten. Het begrip verzet, beleving van de cliënt of vervangende

toestemming van de vertegenwoordiger wordt niet meegenomen bij de inventarisatie van de risico-indicatoren. Grootste punt van kritiek vanuit Actiz was dan ook dat er geen ruimte voor de context zou zijn. De kritiek van Actiz op de werkwijze van de Inspectie is bestreden door de inspecteur-generaal IGZ, middels een brief op 10 oktober 2016.²⁶

Ontbreken van een registratiesysteem gedwongen zorg bij ouderen met dementie

De sector ouderenzorg beschikt nog niet over een landelijk uniform registratiesysteem vrijheidsbeperking.²⁷ IGZ heeft in 2011 de zorgaanbieders gevraagd om onder leiding van de brancheorganisaties, VGN²⁸ en Actiz, een registratiesysteem te ontwikkelen om in beeld te kunnen brengen of vrijheidsbeperking inderdaad afneemt.²⁹ VGN is inmiddels aan de slag gegaan, daarmee ook vooruitlopend op de Wet zorg en dwang. In opdracht van VWS en in samenwerking met VGN, IGZ en het veld ontwikkelt het VUmc (afdeling sociale geneeskunde) een landelijke registratiemethodiek voor het registreren van onvrijwillige zorg in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Het zou mooi zijn als een dergelijk project ook in de ouderenzorg van de grond komt. Actiz verzet zich echter tegen de brede definitie van onvrijwillige zorg en de adminis-

26 Zie www.igz.nl/Images/brief-over-opschorting-igz-uitvraag-risico-indicatoren_tcm294-378496.pdf.

27 Ook in het buitenland ontbreekt het veelal aan heldere cijfers over vrijheidsbeperking. Zie A. Romijn, B.J.M. Frederiks (2012), Restriction on restraints in the care for people with intellectual disabilities in the Netherlands: Lessons learned from Australia, UK and United States, *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9 (2), 127-133. In dit artikel is onderzocht hoe in enkele andere landen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking vrijheidsbeperking wordt geregistreerd.

28 VGN is de brancheorganisatie voor de gehandicaptenzorg.

29 Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande. Duidelijke ambities voor 2011 nodig. Den Haag, p. 7.

24 Op de website van de Inspectie is de vragenlijst risico-indicatoren Verpleging, verzorging en zorg thuis terug te vinden (www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/risicoindicatoretoezicht/basissets/).

25 De Inspectie vraagt jaarlijks de indicatoren verpleging, verzorging en zorg thuis op. Een aantal indicatoren heeft betrekking op het thema vrijheidsbeperking (www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/risicoindicatoretoezicht/basissets/#alinea5).

tratieve *lasten* die daarmee samenhangen. Als het gaat om fixatie, medicatie en afzondering is het helder, maar om alle kleinere vormen van vrijheidsbeperking op dezelfde manier te behandelen gaat Actiz veel te ver. “Beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet of nalaten” zou wat Actiz betreft niet als een vorm van onvrijwillige zorg gekwalificeerd moeten worden.³⁰ Actiz is van mening dat de Wet zorg en dwang tot nog meer bureaucratie gaat leiden. Voor een deel zit daar een kern van waarheid in, maar de strekking van de wetgever is ook dat zorgverleners hun afwegingen moeten registreren, elke beslissing moeten onderbouwen en de kern daarvan moeten noteren in het zorgplan. Deze aspecten kunnen ervoor zorgen dat zorgverleners bewuster aan de slag gaan met vrijheidsbeperking en zich realiseren wat ze allemaal toepassen en wat minder kan. Op het eerste gezicht niets mis mee. Een belangrijke vraag is wel of alles geregistreerd moet worden of dat bijvoorbeeld het zorgplan ook de juiste plek daarvoor kan zijn. In artikel 17 van de Wet zorg en dwang is voorgeschreven dat elke zorgaanbieder in de ouderenzorg een register bijhoudt van onvrijwillige zorg – zorg waartegen de cliënt of vertegenwoordiger zich verzet – ten behoeve van het toezicht van de Inspectie.

De zorgaanbieder krijgt de ruimte om de halfjaarlijkse overzichten te voorzien van een analyse (art. 18 Wet zorg en dwang), waarbij hij de context ook een plek kan geven. Het gaat dus niet alleen om de cijfers, maar ook om een eigen analyse van de cijfers en daar waar nodig een toelichting. Dus toch wel enige ruimte om de context een plek te geven.

30 Nota van Actiz, Branchebelang Thuiszorg en Verenso. Reactie wetsvoorstel Zorg en dwang (31996). 4 september 2013 (www.dwanginezorg.nl/de-toekomst/reacties-op-het-wetsvoorstel/reactie-actiz-btn-en-verenso-sep-2013/?searchterm=actiz).

Artikel 17

1. De zorgaanbieder houdt ten behoeve van het toezicht door *de inspectie*, een register bij van toegepaste onvrijwillige zorg, waarin in ieder geval wordt opgenomen:
 - a. de vorm van de aan de cliënt verleende onvrijwillige zorg;
 - b. de zorgverantwoordelijke;
 - c. de noodzaak voor de onvrijwillige zorg;
 - d. het zorgplan, een schriftelijke beslissing als bedoeld in artikel 3, tweede lid, een schriftelijke beslissing als bedoeld in artikel 15, tweede lid, het besluit tot opname en verblijf, de rechterlijke machtiging, of de beschikking tot inbewaaringstelling, die legitimeert tot de vorm van onvrijwillige zorg;
 - e. de begindatum en de einddatum van de onvrijwillige zorg;
 - f. de duur en de frequentie van de onvrijwillige zorg.
2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over:
 - a. de gegevens die in het register worden vastgelegd;
 - b. de wijze waarop de gegevens in het register worden vastgelegd;
 - c. personen die toegang tot het register hebben;
 - d. de gegevens die aan *de inspectie* worden verstrekt;
 - e. de wijze waarop de gegevens aan *de inspectie* worden verstrekt.

Mensenrechten in verpleeghuizen; (gedeelde) verantwoordelijkheid professionals

In dit artikel staat de rechtspositie van ouderen met dementie als het gaat om gedwongen zorg centraal. Het College voor de Rechten van de

Mens richt zich op het beschermen en bevorderen van de rechten van de mens in Nederland. Ouderenzorg is een van de speerpunten van het College. Begin 2016 heeft het College een onderzoeksrapport gepubliceerd³¹ waarin het zicht wilde krijgen op de dagelijkse zorgverlening aan ouderen en aanknopingspunten wilde verzamelen om het mensenrechtenperspectief in de ouderenzorg vorm te geven. Het College concludeert in zijn onderzoek dat de eigen regie van cliënten op diverse manieren wordt begrensd maar mede door de (on)mogelijkheden van de organisatie en professionals. Het gaat dan ook om (te) weinig actie gedurende de dag.

Het College doet een oproep aan professionals en de beroepsgroepen om meer te investeren in hun eigen ontwikkeling. Deze bevinding vertaalt zich aldus niet direct naar (meer) wet- en regelgeving maar draagt wel degelijk bij aan het verbeteren van de rechtspositie van ouderen met dementie. Daarvoor moet het kennisniveau van medewerkers waar het gaat om gedwongen zorg en over rechten van cliënten bij gedwongen zorg, op voldoende niveau zijn, zowel intramuraal als in ambulante setting. Daarin heeft iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid en dus ook de professionals zelf, aldus het College voor de Rechten van de Mens. Het is jammer dat het College, mede vanuit zijn toezichthoudende rol op het VN-verdrag voor mensen met een beperking, niet is ingegaan op de functie en betekenis van het recht zelf. Een belangrijk uitgangspunt van het VN-verdrag voor mensen met een beperking is dat het min of meer vanzelfsprekend is dat essentiële elementen die gezamenlijk de rechtspositie van cliënten vormen voor alle sectoren – ggz, verstandelijk gehandicaptenzorg en zorg aan ouderen met dementie – op gelijke wijze worden ingevuld. Vanuit dat perspectief was er zeker een en ander op te merken.

31 College voor de Rechten van de Mens (2016), *De cliënt centraal*. Utrecht.

Stand van zaken wetgeving gedwongen zorg

Het is de vraag of in de nabije toekomst alle cliënten die met gedwongen zorg te maken hebben dezelfde mate van rechtsbescherming genieten. De Wet bopz wordt straks vervangen door de Wet zorg en dwang³² en de Wet verplichte ggz³³. De Wet zorg en dwang is in september 2013 met een ruime meerderheid aangenomen door de Tweede Kamer en vervangt de Wet bopz als het gaat om ouderen met dementie en cliënten met een verstandelijke beperking. De Eerste Kamer heeft vrij snel daarna besloten dat zij de Wet zorg en dwang in samenhang met de Wet verplichte ggz wil behandelen. Deze laatste wet moet echter nog door de Tweede Kamer worden behandeld. De Wet zorg en dwang is in de periode september 2013 – november 2016 behoorlijk aangepast mede door de wens van de Tweede Kamer om de inhoud van beide wetten veel meer op elkaar af te stemmen.

Een gezamenlijke wet lijkt inmiddels een gepasseerd station. De bewindslieden van VWS blijven vasthouden aan de beweegredenen in 2002: de beperkte reikwijdte van de Wet bopz (denk aan een dagbesteding, thuiszorg, verzorgingshuis), het begrip vrijheidsbeperking staat niet in de wet (in de praktijk is vrijheidsbeperking zeer divers en wordt vaak als zodanig niet herkend), de Wet bopz is een opnamewet en de Wet bopz is geschreven voor de psychiatrie en sluit daarbij niet aan bij de praktijk.

Het is nu ruim 14 jaar later en in die 14 jaar is er veel gebeurd. De argumenten van toen voor twee aparte wetten zijn inmiddels ingehaald door de ontwikkelingen in de zorg. De grens tussen ggz, VG en PG is niet altijd even duidelijk af te bakenen en er is ook een toenemende overlap tussen cliëntdoelgroepen.³⁴ Sinds

32 *Kamerstukken I* 2012/13, 31996, A.

33 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 2.

34 B.J.M. Frederiks (2015). *Voortschrijdend inzicht. Gedwongen zorg in psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg in een wettelijke regeling met*

1 januari 2015 komen psychiatrische patiënten na drie jaar verblijf in de ggz onder de Wet langdurige zorg te vallen. Oudere psychiatrische patiënten met complexe psychische en somatische problematiek worden steeds vaker in het verpleeghuis opgenomen. De drie sectoren zijn juist naar elkaar toe gegroeid. Daarnaast is de Wet verplichte ggz qua terminologie veel meer een zorgwet geworden en niet zozeer meer gericht op opname en behandeling. Het komt er eigenlijk op neer dat de argumenten die in 2002 werden genoemd voor twee aparte wetten inmiddels zijn ingehaald door allerlei ontwikkelingen in de zorg.³⁵ De bewindslieden lijken alleen maar oog te hebben voor de verschillen. In de toelichting bij de tweede nota van wijziging Wet verplichte ggz is een aantal opvallende passages te lezen. Twee passages wil ik niet onopgemerkt laten.

“Er is niet gekozen voor één wetsvoorstel, omdat de tweede evaluatie van de Wet bopz pleitte voor specifieke regels voor de VG/PG-doelgroep, omdat de Wet bopz voor deze doelgroep niet voldoet. De argumenten die bij deze evaluatie werden genoemd, zijn onverminderd van kracht. De noodzaak voor afzonderlijke regelingen wordt dus met name ingegeven door het verschil in doelgroep en het verschil in zorgbehoefte en type dwang.”³⁶

“In de Wvggz gaat het om cliënten met een psychiatrische aandoening. De psychiatrie is onderdeel van de geneeskunde. De zorg is erop gericht de patiënt te genezen of in ieder geval te stabiliseren opdat hij kan deelnemen aan de

maatschappij. De zorg aan mensen met dementie of een verstandelijke beperking is voor de rest van het leven en levensbreed. Psychogeriatrische patiënten worden niet meer beter. Personen met een verstandelijke beperking zijn niet ziek. Anders dan in de (curatieve) ggz is het daarbij geen haalbaar doel om de aandoening van de patiënt te genezen en dit geeft de zorg ook een ander karakter. Wat betreft de bredere bescherming of versterking van de positie van de cliënt, is iedere vergelijking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg scheef, omdat de mensen die het betreft simpelweg anders zijn. In de Wzd is gekozen voor die procedures en middelen die het beste bij de doelgroep passen.”³⁷

In het licht van het recentelijk aangenomen VN-verdrag voor mensen met een beperking zijn deze twee passages toch wel bijzonder. Dit verdrag heeft juist als doel om de mensenrechten van mensen met een beperking te bevorderen, te beschermen en te waarborgen. Het ‘anders’ georganiseerd zijn en andere problematiek mogen absoluut geen reden zijn om de rechtsbescherming verschillend (lees ‘minder goed’) vorm te geven.

Te veel verwachtingen van de Wet zorg en dwang?

In alle Kamerstukken is terug te lezen dat de Wet zorg en dwang ongeacht waar de cliënt verblijft van toepassing is. Het zou geen opname-wet meer zijn maar een cliëntvolgende wet. Bij het bestuderen van de Wet zorg en dwang valt al snel op dat de wet veel minder cliëntvolgend is dan in eerste instantie wordt gedacht. De wetgever beoogde oorspronkelijk wel dat onvrijwillige zorg overal mag worden toegepast, ongeacht waar de cliënt zich bevindt. Dat vormde ook een belangrijke reden voor deze wet.

psychiatrie. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (39) 4, p. 226- 231.

35 B.J.M. Frederiks (2015). Voortschrijdend inzicht. Gedwongen zorg in psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg in een wettelijke regeling met psychiatrie. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (39) 4, p. 226- 231.

36 Toelichting bij de tweede nota van wijziging bij het voorstel van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, p. 70 e.v. (*Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25).

37 Toelichting bij de tweede nota van wijziging bij het voorstel van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, p. 70 e.v. (*Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25).

Het tegendeel is echter waar, althans op dit moment. Zodra er sprake is van onvrijwillige zorg bij ouderen met dementie mag deze zorg vooralsnog alleen binnen de muren van een accommodatie worden uitgevoerd (art. 2a Wet zorg en dwang). Hetzelfde geldt voor ouderen met dementie die een RM, ibs of een CIZ-indicatie hebben (voormalige artikel 60-cliënten). Deze cliënten mogen niet buiten een accommodatie verblijven. Ongeacht of er wel of niet onvrijwillige zorg aan de orde is. De Wet zorg en dwang kent voorlopig geen ambulante mogelijkheden, zoals de Wet verplichte ggz die mogelijkheid straks wel biedt. Een voorwaardelijke machtiging behoort ook niet tot de mogelijkheden. Ook dit is in strijd met het gedachtegoed van het VN-verdrag dat als uitgangspunt heeft dat de autonomie van cliënten geoptimaliseerd moet worden. Dat betekent dus ook veel meer zorg en ook dwang op maat. Zowel in de huidige als ook de toekomstige wet ontbreekt dit uitgangspunt. Een gevaar is dat in de ouderenzorg mogelijk 'gepsychiatriseerd' gaat worden om ambulante dwang wel mogelijk te maken via de Wet verplichte ggz.

In de huidige Wet bopz is de voorwaardelijke machtiging uitgesloten voor ouderen met dementie. De Hoge Raad is van mening dat het niet toelaten van een voorwaardelijke machtiging niet verenigbaar is met de noodzakelijkheidseis die in artikel 8 EVRM wordt gesteld: is ter bereiking van het beoogde doel een maatregel van minder vergaande aard mogelijk?³⁸ De regeling van de voorwaardelijke machtiging "is beperkt tot de psychiatrie omdat in die categorie patiënten voorkomen die buiten de inrichting kunnen blijven zolang zij zich laten behandelen. In de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten is het gevaar juist daarin gelegen dat patiënten zich zonder de zorg die de instelling biedt niet kunnen handhaven".³⁹ Dit uitgangspunt is volgens de

Hoge Raad niet te verenigen met de verloffregeling van artikel 46a Wet bopz. Een bopz-arts mag wel besluiten om een oudere met dementie kortdurend verlof te verlenen buiten het verpleeghuis, voor zover en zolang het verantwoord is. Deze mogelijkheid keert ook terug in de Wet zorg en dwang terwijl de Hoge Raad eerder een streep heeft gezet onder de zogenaamde paraplumachtigingen met als doel de rechtspositie van cliënten te verbeteren. Een voordeel van een voorwaardelijke machtiging is dat de voorwaarden door de rechter worden getoetst.⁴⁰

De wetgever laat open wat allemaal een accommodatie is in de zin van de Wet zorg en dwang. De omschrijving van accommodatie in de Wet zorg en dwang is: "een bouwkundige voorziening of een deel van een bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein van een zorgaanbieder waar zorg wordt verleend" (art. 1 lid 1 sub b). Bij AMvB kunnen nadere bouwkundige eisen worden gesteld aan een accommodatie.

Een toelichting op essentiële elementen van rechtsbescherming

De inhoud van de twee wetsvoorstellen (Wvggz en WZD), ook na de tweede⁴¹ en derde⁴² nota van wijziging Wet verplichte ggz, zijn nog steeds verschillend als het gaat om de rechtsbescherming van cliënten. In dit artikel wil ik mij tot een aantal elementen beperken, die een essentieel onderdeel vormen van de rechtsbescherming van cliënten met een psychogeriatric aandoening. Helaas zijn deze elementen niet goed uitgewerkt in de Wet zorg en dwang.

De functie geneesheer-directeur/bopz-arts

De bopz-arts ontbreekt in de Wet zorg en dwang om oneigenlijke redenen. Verenso en

38 HR 2 oktober 2015, m.nt. Frederiks en Steen «JVggz» 2015/4.

39 Kamerstukken II 1999/00, 27289, nr. 3, p. 5.

40 HR 11 november 2005, ECLI:NL:HR:2005:AT8788, NJ 2006, 288 m.nt. Legemeate.

41 Kamerstukken II 2015/16, 32399, nr. 25.

42 Kamerstukken II 2015/16, 32399, nr. 27.

de NVAVG hebben al jarenlang een model-taakbeschrijving voor de functie van bopz-arts waarin de wettelijke taken van de geneesheer-directeur voor de sectoren staan beschreven. Bopz-artsen vervullen de spilfunctie rondom het beleid van vrijheidsbeperking en, niet onbelangrijk, zij hebben een belangrijke verantwoordelijkheid als het gaat om het houden van toezicht op vrijheidsbeperking. De behandelaar – de arts of gedragskundige – is op zijn beurt verantwoordelijk voor het toepassen en uitvoeren van vrijheidsbeperking.⁴³ Niet alleen het besluit tot verplichte zorg, maar juist ook de onderliggende complexe zorgbehoefte vereist dat een medical expert⁴⁴ de regie voert over de – verplichte – behandeling. Dit is ook in lijn met Europese jurisprudentie inzake gedwongen zorg.

De wetgever denkt er helaas anders over. In lijn met de Wet kwaliteit, klachten en geschillen van zorg (Wkkgz) en hoe in het gehele zorgstelsel met verantwoordelijkheidsverdeling wordt omgegaan, dient de zorgaanbieder ruimte te hebben om het interne toezicht naar eigen inzicht te organiseren, aldus het standpunt van de wetgever. Ik citeer: “voor de Wet verplichte GGZ betekent dit dat er wel een functie van geneesheer-directeur is die onder andere intern de kwaliteit van de verplichte zorg toetst en daarop aanspreekbaar is. In de Wzd zijn de verschillende rollen en taken zoals de geneesheer-directeur die in de Wvggz heeft, op een andere wijze en passend bij de sector belegd. Uiteraard kunnen zorgaanbieders ervoor kiezen om een geneesheer-directeur of een vergelijkbare arts met een andere titel aan te wijzen of te behouden als deze al in dienst is”.⁴⁵

De nadruk (en ook het vertrouwen erin) wordt door de bewindslieden van VWS gelegd op het multidisciplinair overleg. Dat zou een extra

waarborg zijn, aldus de bewindslieden.⁴⁶ Een onbegrijpelijke keuze want in alle stukken is ook te lezen dat het gaat om een doelgroep die levenslang en levensbreed afhankelijk is van de zorg. Allemaal redenen om, zodra er sprake is van onvrijwillige zorg, extra waarborgen in te bouwen om goed toezicht te houden op de noodzaak van onvrijwillige zorg.

Ambulante zorg

De Wet zorg en dwang is na de tweede en derde nota van wijziging Wvggz nog meer een ‘opnamewet’ geworden. Dit betekent concreet dat cliënten met een RM/ibs/artikel 60 moeten zijn opgenomen in een accommodatie. Daarnaast mag onvrijwillige zorg alleen binnen de muren van een accommodatie worden toegepast. Hoezo cliëntvolgend? Met de komst van de WLZ, de WMO2015 is er veel veranderd in de langdurige zorg. Verzorgingsplaatsen verdwijnen en intramurale plekken worden minder. De Wet zorg en dwang volgt deze ontwikkeling niet, tenzij de AMvB in artikel 2a nader wordt uitgewerkt en mogelijkheden als een voorwaardelijke machtiging worden toegevoegd aan de inhoud van de wet. Gebeurt dit niet dan sluiten we opnieuw de ogen voor hetgeen er buiten een accommodatie gaat gebeuren of eigenlijk al gebeurt? Cliënten vallen met hun indicatie wel onder de reikwijdte van de wet,⁴⁷ maar er mag niets thuis en/of zij moeten naar een accommodatie verhuizen. Mogelijkheden als een voorwaardelijke machtiging zijn en blijven uitgesloten voor ouderen met dementie. Nu niet in de Wet bopz en straks ook niet.⁴⁸ Overigens laat wetenschappelijk onderzoek zien dat gedwongen zorg in de thuissituatie

46 *Kamerstukken II* 2015/2016, 32399, nr. 25, p. 71.

47 Dit kunnen ook cliënten zijn die onder de WMO of de Zorgverzekeringswet vallen, mits uit een verklaring van een ter zake kundige arts blijkt dat hij in verband met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap is aangewezen op zorg (art. 1 lid c WZD).

48 HR 2 oktober 2015, «Jvggz», 2015/4, nr. 39 m.nt. B.J.M. Frederiks en S.M. Steen.

43 B. Frederiks en R. Knuiman, In Wet zorg en dwang geen plaats voor Bopz-arts. Een onverstandige keuze. *Nederlands Juristenblad*, 2016 (37), p. 2759-2762.

44 Dat mag ook een specialist ouderengeneeskunde zijn op grond van art. 1 lid 6 Wet bopz.

45 *Kamerstukken II* 2015/2016, 32399, nr. 25, p. 71.

nog niet leidt tot een afname van het aantal gedwongen opnames.⁴⁹

Clëntenvertrouwenspersoon

Het is goed dat er nu eindelijk een wettelijke regeling komt die ook de beide cliëntgroepen (VG en PG) voorziet van een recht op ondersteuning bij het verwezenlijken van hun rechtspositie. Een recht dat inmiddels in de psychiatrie in de vorm van de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) al zo'n dertig jaar bestaat. Het wettelijk verankeren van een cliëntenvertrouwenspersoon past heel goed bij de uitgangspunten van het VN-verdrag; cliënten maximaal ondersteunen om hun eigen keuzes te (kunnen blijven) maken.

De voorgestelde regeling voor de cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) in de Wet zorg en dwang is echter niet meer dan een soort 'pvp-light'. De pvp in de psychiatrie is volstrekt onafhankelijk van de zorgaanbieders: de pvp is in dienst van de landelijke Stichting PVP die door het ministerie van VWS wordt gefinancierd. De Stichting PVP staat borg voor de kwaliteit en de continuïteit van deze vorm van rechtsbescherming en wordt rechtstreeks gecontroleerd door de overheid. Voor de cvp geldt echter vooralsnog dat de zorgaanbieder zelf aan zet is om deze voorziening vorm te geven en is ook de rekening voor die zorgaanbieder. Dat biedt beduidend minder waarborgen en is ook principieel bedenkelijk. De Stichting PVP is al jaren een succes. Waarom komt er niet gewoon ook een Stichting CVP?⁵⁰

De Wkkgz introduceert een klachtenfunctionaris. De minister en staatssecretaris van VWS

hebben voorgesteld om de klachtenfunctionaris en cliëntenvertrouwenspersoon uit de WZD samen te voegen,⁵¹ waardoor de onafhankelijke en deskundige bijstand aan cliënten van een cliëntenvertrouwenspersoon ernstig in gevaar komt. Op grond van de Wkkgz mag de klachtenfunctionaris in dienst zijn van de zorgaanbieder, die moet garanderen dat de klachtenfunctionaris zijn functie onafhankelijk kan uitvoeren (art. 15 lid 2 Wkkgz). Het samenvoegen van deze twee functies doet oneigenlijk afbreuk aan de betekenis van een cliëntenvertrouwenspersoon in de zorg voor ouderen.⁵²

De (veranderende) rol van de Inspectie

In afwachting van een nieuwe wet blijft gedwongen zorg een centraal thema in het toezicht van de Inspectie, ook in 2017. De discussie met Actiz, waarover ik hiervoor sprak, geeft naar mijn mening voldoende aanleiding om met elkaar te bespreken op welke wijze naar gedwongen zorg in de ouderenzorg moet worden gekeken zodat er ook ruimte ontstaat om met elkaar in gesprek te gaan over de context. Dit neemt niet weg dat het melden en registreren van gedwongen zorg een belangrijk element is van de rechtspositie van ouderen met dementie. Zeker gezien hun kwetsbare positie. De ontwikkelingen rondom de Wet zorg en dwang en ook de komst van de Wet langdurige zorg en de WMO 2015 laten ook zien dat toezicht aan verandering onderhevig is. Het NIVEL noemt in een recent rapport over het 'Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen' een voorbeeld van een oudere kwetsbare persoon die niet goed in beeld is, thuis te lang trappenloopt en daarbij ten slotte op een vervelende manier ten val komt. Dit is een risico waar door verschillende

49 S.R. Kisely en L.A. Campbell. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders (Review). The Cochrane Library 2014, Issue 12.

50 Zie ook de schriftelijke inbreng van de vaste Kamercommissie VWS (2016D40221 naar aanleiding van Beleidsvisie organisatorische en financiële inbedding cliëntenvertrouwenspersoon in de zorg voor verstandelijk beperkte en psychogeriatrische cliënten (*Kamerstukken II* 2015/16, 25424, nr. 327).

51 Zie bijv. *Kamerstukken I* 2014/15, 32402, M, p. 7, p. 26; *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, 25, p. 106; Kamerbrief met kenmerk: 1010364-152496-LZ, d.d. 12 september 2016.

52 S.M. Steen, Samenloop tussen de Wkkgz en de Wet Bopz: een verbetering voor klachtenbehandeling? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2016 (40) 7, p. 419-430.

partijen heel wisselend over wordt gedacht: hoort dit bij de vrijheid van cliënten om zelf hun leven in te richten, zelfstandig te zijn en zelf keuzes te maken? Of hoort dit bij de verantwoordelijkheid van professionals om kwetsbare burgers te signaleren en te beschermen? In het rapport pleiten de onderzoekers ervoor dat op deze kwesties bewust beleid wordt gemaakt, waar de cliënt, en ik denk ook het netwerk waaronder de familie, een expliciete rol in krijgt. De onderzoekers waarschuwen er terecht ook voor dat het inrichten van het toezicht op dit nieuwe domein (thuiszorg) zo allesomvattend kan worden dat het aan productiviteit verliest.⁵³

De zorg thuis is en blijft een ingewikkelde. Al is het alleen al om de verschillende wettelijke kaders. Ter illustratie, zorg door de huisarts, medisch specialist en fysiotherapeut wordt geleverd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), verzorging en verpleging voor cliënten die 24 uur zorg in de nabijheid nodig hebben vanuit de Wet langdurige zorg. En daarnaast heeft een groot deel van de kwetsbare cliënten thuis nog huishoudelijke hulp, ondersteuning en/of dagbesteding, die vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) wordt geleverd. Het toezicht op de Zvw en Wlz is belegd bij de IGZ, maar het toezicht op de WMO ligt in beginsel bij de gemeenten.

Indetoechtingbijdetweedenota van wijziging Wet verplichte ggz wordt overigens opgemerkt dat als zorg, weliswaar gegeven in het WMO-domein, onder de definitie van onvrijwillige zorg komt te vallen IGZ de toezichthouder is. Het feit dat deze zorg geleverd wordt op grond van de WMO2015 doet aan dit feit niets af.⁵⁴

Conclusie

Op 31 oktober 2016 vond er een hoorzitting van de vaste Kamercommissie van VWS plaats

over de Wet verplichte ggz en indirect ook de Wet zorg en dwang. Diverse partijen hebben daar hun zorgen geuit over beide wetsvoorstellen. Het kan dus nog even gaan duren, of toch weer niet. In de tussentijd moeten we wel oog houden voor de rechtspositie van ouderen met dementie, ook gezien de context waar de kranen bijna elke dag van vol staan.

De Wet zorg en dwang heeft wederom een beperkte reikwijdte die niet aansluit bij de huidige ontwikkelingen (cliënten blijven langer thuis wonen). Op deze manier sluiten we de ogen voor hetgeen buiten (en wellicht ook binnen) de muren van een verpleeghuis gebeurt. In dat kader is het belangrijk om in samenspraak met het veld nader af te stemmen wat er buiten de muren van een verpleeghuis mogelijk is als het gaat om gedwongen zorg. Daarnaast is het aan te bevelen als IGZ in samenwerking met het veld (en dan vooral Actiz) overeenstemming bereikt over welke vormen van gedwongen zorg extra aandacht behoeven, ook vooruitlopend op de Wet zorg en dwang. Wellicht leidt dit tot het aanpassen van de normering van IGZ of het nader expliciteren van de normering, denkende daarbij aan de risico-indicatoren.

De ondertitel van dit artikel luidt ‘juridisch toekomstbestendig’. De ministers van Economische Zaken en van Veiligheid en Justitie schreven vlak voor de zomer van 2016 in een brief aan de Tweede Kamer op welke wijze het kabinet wil waarborgen dat wetgeving toekomstbestendig is.⁵⁵ Daarbij moet in elk geval recht worden gedaan aan waarden als veiligheid en rechtszekerheid. Complexe vraagstukken, en dat is gedwongen zorg zeker, vragen om een open en transparant wetgevingsproces. Waarbij de boodschap is dat het niet te snel moet gaan en dat mogelijk de beste inzichten van buitenstaanders komen.

53 D. Verver et al. (2016). Eindrapport ‘Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen’. EMGO+ Instituut/VUmc.

54 *Kamerstukken II 2015/2016*, 32399, nr. 25, p. 102.

55 *Kamerstukken II 2015/16*, 33009, nr. 30.

“Bij de voorbereiding van beleid en wetgeving voor een lastig vraagstuk is het belangrijk om de verschillende perspectieven in beeld te krijgen en daarover van gedachten te wisselen. Hierbij is het goed mogelijk dat de beste inzichten van buitenstaanders komen, in plaats van de usual suspects. Wordt gekozen voor een dergelijk proces, dan is het van belang om niet te snel voor te sorteren op een specifieke oplossing maar in plaats daarvan het maatschappelijke vraagstuk en de te realiseren doelen voorop te stellen. Voor een daadwerkelijke en zinvolle bijdrage van burgers, maatschappelijk veld en bedrijven is ook een goede informatiepositie nodig.”⁵⁶

Het is al eerder gezegd. Een belangrijke uitkomst van de tweede evaluatie Wet bopz (2002) is dat de rechtspositie van cliënten in de psychogeriatrico-onvoldoende wordt beschermd als het gaat om gedwongen zorg. Het is nu 2016. Een nieuwe wettelijke regeling is hard nodig maar of de Wet zorg en dwang dat moet zijn is en blijft voor mij een groot vraagteken. Te veel belangrijke elementen die onderdeel uitmaken van de rechtspositie van ouderen met dementie ontbreken in deze wet. Bovendien is de Wet zorg en dwang onvoldoende toekomstbestendig. Ik begon mijn artikel met een take home message. De actiepunten die ik daar benoem kunnen ertoe bijdragen dat de Wet zorg en dwang een belangrijke bijdrage gaat leveren aan het verbeteren van de rechtspositie van ouderen met dementie als het gaat om gedwongen zorg.

79 Een ontbrekende spil in de ouderenzorg thuis

*L.A.P. Arends*⁵⁷

Inleiding

Wie is verantwoordelijk voor de medische zorg aan ouderen thuis of liever: wie hoort hiervoor verantwoordelijk te zijn? Die vraag is prangend geworden sinds de bekostiging van de zorg sinds 1 januari 2015 drastisch gewijzigd is om de kosten in de zorg betaalbaar te houden in een snel vergrijzende samenleving. Als gevolg van die herziene financiële kaders ontstond de noodzaak om de organisatie van de ouderenzorg als het ware opnieuw uit te vinden. Veel intramurale voorzieningen, zoals verzorgingshuizen, kunnen door de strengere toegangseisen niet meer (ongewijzigd) in stand blijven. Een groot deel van die zorg moet verschuiven naar thuis of ‘thuisachtige’ situaties.

De bekostiging van de ouderenzorg thuis is sinds 1 januari 2015 opgeknipt in drie domeinen. De zorgverzekeraars betalen voor de wijkverpleging en -verzorging op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv). De gemeente is verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van ouderen op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (WMO 2015). Dit kan onder andere inhouden dagbesteding, persoonlijke begeleiding, huishoudelijke verzorging en tijdelijke opvang in logeerhuizen. En hoewel de Wet langdurige zorg (Wlz) primair bedoeld is voor intramurale zorg, biedt ook deze wet mogelijkheden voor zorg thuis en wel via het verplegingspakket thuis (vpt), het modulair pakket thuis (mpt) en

⁵⁷ Mr. dr. L.A.P. Arends is advocaat-vennoot bij de sectie gezondheidszorg van Dirkzwager advocaten & notarissen en redacteur van dit blad.

⁵⁶ Kamerstukken II 2015/16, 33009, p. 3.