

Ten eerste oordeelt het rapport vriendelijk verwoord maar snoeihard over de Wzd (die eerst niet zou worden meegenomen in het onderzoek!), kort samengevat: onvoldoende rechtsbescherming biedend, zelfs niet EVRM-bestendig, in uitgangspunten soms opvallend afwijkend van aanpalende regelingen zonder noodzaak daartoe en eigenlijk al voorbij aan haar bestaansrecht. Samengenomen met het veel mildere oordeel over de Wvggz leidt dat tot de sterk beargumenteerde aanbeveling de Wet Bopz niet door twee aparte wetten te laten opvolgen maar toch voor de sector PG/VG het wettelijk regiem te creëren binnen de ruimte van de daartoe aangepaste Wvggz.

Ten tweede wordt overtuigend betoogd dat de Wfz niet garandeert dat gewenste aansluiting tussen forensische zorg en ‘gewone’ ggz gaat plaatsvinden zoals beoogd. En zelfs indien en voor zover dat wel zo mocht zijn bestaat het risico dat de juridiserende, meer formalistische en sterk op beveiliging gerichte cultuur van V&J ertoe zal leiden dat bescherming ook in de ggz een repressief karakter krijgt zodat, zoals het wordt verwoord, als resultaat “de goeden onder de kwaden lijden”.

Alles – en dat is véél, zelfs voor 500 pagina’s! – lezende is het een wonder hoe werkers in deze takken van zorg zich in zo’n bizar ingewikkeld stelsel van regelingen nog weten te redden en hun werk kunnen doen. En een impliciet compliment in het rapport moet hier dan maar expliciet gemaakt worden: niet alleen wordt grosso modo onverstoort zorg verleend, met hulp van, soms ondanks of zelfs tegen een oerwoud aan verschillende regels, maar over de drie sectoren ziet de onderzoekscommissie ook dat er aanhoudend en succesvol gestreefd wordt dwang te reduceren. Dat mag gezegd worden.

Het wordt spannend, zeker in de behandeling van de drie zorgwetten in de Eerste Kamer. En het is te hopen dat met het streven naar nieuwe wetten om de zorg beter te laten functioneren oog blijft bestaan voor hoe de werkers in de

zorg en bij de zorg betrokken – niet alleen hulpverleners maar ook familie, vertegenwoordigers, patiëntenvertrouwenspersonen, advocaten, rechters en zo meer – zelf ook onvermoeibaar hun best doen, en dat is ten minste even belangrijk als welk wettelijk kader ook.

2 De Wet zorg en dwang en de Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg²

Brenda Frederiks³ en Sofie Steen⁴

Inleiding

In november 2012 verscheen op de website van ZonMw de thematekst van de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg. Aanleiding voor dit onderzoek was een verzoek van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) en Veiligheid en Justitie (hierna: VenJ). Zij drongen, na enige druk te hebben gevoeld uit de praktijk en ook de Tweede Kamer, aan op een thematische wetsevaluatie over gedwongen zorg bij jeugdigen en volwassenen, met als uitgangspunt een vergelijkende analyse van de rechtsposities van deze groepen en onderzoek naar de haalbaarheid van harmonisatie van de verschillende rechtsposities. De rechtspositie van jeugdigen en volwassenen die gedwongen zorg ontvangen is

² Dit artikel verscheen eerder in *ZIP* 2015/27.

³ Mr. dr. B.J.M. Frederiks is senior onderzoeker en universitair docent gezondheidsrecht bij het VU medisch centrum Amsterdam, hoofdredacteur van *JGGZR* en redactielid van *ZIP*.

⁴ Mr. S.M. Steen is junior onderzoeker bij het VUmc Amsterdam, juridisch medewerker bij KBS Advocaten en redactielid van *JGGZR*.

in verschillende wetten verschillend geregeld, met als gevolg dat de interne maar ook de externe rechtspositie op diverse punten verschillen. Het gaat dan concreet om de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (de Wet Bopz) en de beoogde opvolgers hiervan, de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (ggz), de Wet forensische zorg, de Wet op de jeugdzorg, de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen, de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, de Penitentiaire beginselenwet en de Jeugdwet.

Bijna twee jaar later is de ‘Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg’ aangeboden aan de Tweede Kamer.⁵ De minister van VWS en de staatssecretarissen van VWS en VenJ mogen zich buigen over maar liefst 62 aanbevelingen. In eerste instantie zouden de onderzoekers zich maar heel beperkt richten op het wetsvoorstel Wet zorg en dwang.⁶ Het wetsvoorstel zou slechts onderwerp van de thematische wetsevaluatie zijn voor zover het forensische patiënten betreft die in de gehandicaptenzorg zijn opgenomen. Kort na de start van onderzoek is alsnog besloten om de Wet zorg en dwang integraal mee te nemen.⁷ De onderzoekers hebben nagelaten om deze koerswijziging toe te lichten, maar de wijziging is vermoedelijk ingezet door druk van de Eerste en Tweede Kamer. Tijdens de parlementaire behandeling van de Wet zorg en dwang in de Tweede Kamer hebben diverse Kamerleden namelijk al aangedrongen op een vergelijking van wet- en regelgeving over de rechtspositie van cliënten in de Wet zorg en dwang, Wet verplichte ggz, de Wet forensische zorg en de Jeugdwet.⁸ Daarnaast heeft de Eerste Kamer in het najaar van 2013

besloten om de Wet zorg en dwang aan te houden in afwachting van de Wet verplichte ggz teneinde beide wetsvoorstellen in samenhang te behandelen.⁹ Een rol van betekenis speelt ook de discussie, die zowel in de politiek als in het veld herhaaldelijk terugkeert, of er toch één gezamenlijke wet moet komen voor de geestelijke gezondheidszorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric. In het derde evaluatierapport van de Wet Bopz¹⁰ wordt overigens ook al de wens uitgesproken om de samenhang tussen de huidige regelingen voor onvrijwillige zorg bij zowel jeugdigen als volwassenen te onderzoeken. In dit rapport is tevens de behoefte aan meer samenhang in wetgeving hierover al uitgesproken. De thematische wetsevaluatie gedwongen zorg kent een omvang van ruim 500 pagina’s en bestrijkt drie hoofdthema’s, te weten gedwongen zorg in de ggz, verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric (I), gedwongen forensische zorg voor volwassenen (II) en gedwongen zorg in de jeugdhulp en het jeugdstrafrecht (III). In dit artikel ligt de nadruk op de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg en het wetsvoorstel Wet zorg en dwang.

Een aantal algemene bevindingen

Het centrale doel van het onderzoek was om na te gaan of harmonisatie van wetgeving over gedwongen zorg juridisch wenselijk en haalbaar is, in hoeverre de praktijk behoefte heeft aan harmonisatie en zo ja, op welke manier. De onderzoekers hebben hun bevindingen gebaseerd op een combinatie van juridische en empirische onderzoeksmethoden. Wat direct opvalt is dat geen cliënten of vertegenwoordigers van cliënten zijn geïnterviewd in de ver-

5 *Kamerstukken II* 2014/15, 25 424, nr. 254.

6 Het wetsvoorstel Wet zorg en dwang is op 19 september 2013 aangenomen door de Tweede Kamer.

7 Prof. dr. J. Legemaate et al., Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg. ZonMw, Den Haag: 2014, p. 15, voetnoot 2.

8 *Kamerstukken II* 2012/13, 31 996, nr. 70.

9 In dit artikel spreken we over Wet zorg en dwang en Wet verplichte ggz. De Wet zorg en dwang moet echter nog door de Eerste Kamer worden aangenomen en de Wet verplichte ggz door zowel de Eerste als de Tweede Kamer.

10 Ministerie van VWS, Evaluatierapport voortschrijdende inzichten. Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz, 2007, zie bijv. p. 92.

standelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric. Diverse onderzoeken hebben echter al laten zien dat cliënten met een licht verstandelijke beperking heel goed in staat zijn om mee te praten over gedwongen zorg.¹¹

De data voor het empirisch onderzoek zijn voor een groot deel via een digitale enquête verzameld. De vragen die daarin zijn gesteld zijn zeer algemeen geformuleerd en helaas weinig afgestemd op de diverse rapporten die de afgelopen jaren zijn verschenen en waarin gegevens zijn verzameld over de toepassing van gedwongen zorg, waaronder ook de specifieke context van de thuiszorg.¹² Daarnaast hebben de onderzoekers zich in de enquête beperkt tot de Wet Bopz. In het veld wordt echter al vooruitgelopen op de Wet zorg en dwang, niet in de laatste plaats omdat de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar normering ook al vooruitloopt op deze wet. Het gaat dan bijvoorbeeld om het verplichten van een second opinion bij ingrijpende vormen van gedwongen zorg, de aanwezigheid van een beleidsplan en een visie op het terugdringen van gedwongen zorg en de betrokkenheid van een cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger bij de toepassing en afbouw van gedwongen zorg.

Gedwongen zorg in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric

In hoofdstuk 3 van de thematische wetsevaluatie wordt het huidige en toekomstige wettelijk kader voor de toepassing van dwang en drang bij psychiatrische patiënten, psychogeriatric patiënten en personen met een verstandelijke beperking besproken. Een actuele beschrijving van de doelgroepen waarbij gedwongen zorg aan de orde is, ontbreekt in het rapport. Een recent rapport van het Sociaal

en Cultureel Planbureau¹³ laat echter zien dat de ondersteuningsvraag van mensen met een lichte verstandelijke beperking de afgelopen jaren aanzienlijk is toegenomen. Het is opvallend dat deze doelgroep in het evaluatierapport in zijn geheel niet wordt genoemd, met name omdat bij deze doelgroep veel gedwongen zorg wordt toegepast, bij doorgaans vrijwillig opgenomen cliënten.

Hieronder behandelen wij een aantal aandachtspunten die in de thematische wetsevaluatie in hoofdstuk 3 worden besproken en vooral betrekking hebben op de uitleg en interpretatie van de Wet zorg en dwang. Hoewel in de thematische wetsevaluatie zowel de huidige als toekomstige rechtspositie van cliënten wanneer zij te maken hebben met gedwongen zorg overzichtelijk worden beschreven, ontbreekt hier en daar de nuance, waardoor de echte problematiek in het rapport niet overall even duidelijk is aangestipt. Wij beperken ons in dit artikel tot het begrip accommodatie, de rol van het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ), de Bopz-arts, de rol van de cliëntenvertrouwenspersoon en het begrip onvrijwillige zorg.¹⁴

Het begrip accommodatie

In de Wet zorg en dwang speelt het begrip ‘accommodatie’ een belangrijke rol. De onderzoekers lijken onze inziens echter ietwat eenvoudig over dit begrip heen te stappen. Onder accommodatie verstaat het wetsvoorstel:

“een bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein, bestemd voor huisvesting van een cliënt in verband met diens behoefte

11 V.E.T. Dörenberg, P.J.C.M. Embregts, M. van Nieuwenhuijzen & B.J.M. Frederiks, *Oog voor vrijheid. Kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking in de zorg voor jongeren en jongvolwassenen met een lichte verstandelijke beperking*. Leiden: Hogeschool Leiden, 2013.

12 ‘Thuiswonende dementerenden vaak met dwang verzorgd’, 30 oktober 2014, *Trouw*.

13 I. Woittiez et al, *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014.

14 Het begrip onvrijwillige zorg is een in het wetsvoorstel zorg en dwang overkoepelend begrip voor vrijheidsbeperking en gedwongen zorg.

aan zorg en het verlenen van zorg door een zorgaanbieder¹⁵

Dit begrip leidt vooralsnog tot enige onduidelijkheid: het uitgangspunt van de Wet zorg en dwang is altijd geweest het creëren van een cliëntvolgend kader. Dit betekent dat de juridische status (vrijwillig, niet-vrijwillig of onvrijwillig) dan wel de woonsituatie niet meer leidend moet zijn voor de te bieden (onvrijwillige) zorg. De wetgever bouwt echter allerlei drempels in de wet: zorg en ondersteuning aan een cliënt met een indicatie voor niet-vrijwillige zorg mag alleen in een geregistreerde accommodatie. Onvrijwillige zorg, onafhankelijk van welke juridische status een cliënt heeft, mag slechts in een accommodatie.

Cliënten die zich structureel verzetten tegen de zorg, moeten met een rechterlijke machtiging worden opgenomen in een accommodatie. Kortom: voor veel onderdelen van het wetsvoorstel zorg en dwang is de opname in een accommodatie een noodzakelijke drempel. Het hiervoor genoemde begrip van een accommodatie is echter zodanig smal geformuleerd, dat het onduidelijk is of bijvoorbeeld zelfstandige woningen en dagbestedinglocaties hieronder begrepen kunnen worden. Indien dat niet het geval is blijft opname tegen de zin van een cliënt in een intramuraal woonvorm noodzakelijk wanneer onvrijwillige zorg noodzakelijk wordt geacht. Dit uitgangspunt staat haaks op de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Gelet op de breedte (zoals hierna aan de orde zal komen) van het begrip onvrijwillige zorg en de huidige transitie in de zorg (zoals de Wet langdurige zorg, de Wmo 2015 en de Jeugdwet) komt veel onvrijwillige zorg buiten de muren van een instelling voor. Bovendien is het niet in een instelling maar thuis wonen een van de speerpunten van het huidige regeringsbeleid.

De rol van het CIZ (zowel bij een rechterlijke machtiging als een besluit tot opname en verblijf)

Met de Wet zorg en dwang wordt de rol van het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: CIZ) behoorlijk uitgebreid. Voortaan moeten de besluiten tot opname en verblijf van cliënten die zich hier niet tegen verzetten, maar er ook niet mee (kunnen) instemmen, iedere vijf jaar opnieuw worden bekeken. Daarnaast zal het CIZ de plaats innemen van de officier van justitie als verantwoordelijke voor het indienen van een verzoek tot een rechterlijke machtiging tot opname van een cliënt. Reden hiervoor is dat het CIZ vanwege de positie bij het stellen van zorgindicaties en de 'artikel-60-procedure' van de Wet Bopz beter geschikt wordt geacht voor deze functie. Hoewel het CIZ inderdaad veel expertise heeft op het gebied van het indiceren van cliënten, kan het overhevelen van deze specifieke functie van de officier van justitie naar het CIZ knelpunten opleveren. De onderzoekers van de thematische wetsevaluatie noemen dit knelpunt op pagina 119 van het rapport, maar verbinden er verder geen consequenties aan.

Doordat het CIZ straks niet alleen verantwoordelijk is voor opname bij 'geen bereidheid, geen bezwaar', maar ook voor de aanvraag van rechterlijke machtigingen, krijgt het CIZ feitelijk een monopolie op de beoordeling van alle niet-vrijwillige en onvrijwillige opnames. Daarnaast valt het te betreuren dat de van de zorg onafhankelijke officier van justitie niet meer mee kijkt naar de eventuele noodzakelijkheid van het indienen van een verzoek om een rechterlijke machtiging: wanneer het CIZ het oneens is met een zorgaanbieder kan een rechterlijke machtiging in theorie oneindig worden geblokkeerd. Bovendien krijgt het CIZ met deze uitbreiding van het takenpakket extra werkzaamheden die met grote zorgvuldigheden gepaard moeten gaan, terwijl de bezuinigingen op het CIZ al enkele jaren geleden in

15 Art. 1 lid 1 sub b wetsvoorstel zorg en dwang (laatste versie: *Kamerstukken I 2013/14*, 31 996, A).

gang gezet zijn.¹⁶ Een en ander kan toch positief uitpakken, wanneer met de omvorming van het CIZ naar een onafhankelijk bestuursorgaan, zoals voorzien in de Wet langdurige zorg,¹⁷ ervoor gezorgd wordt dat de werkzaamheden met een grote mate van deskundigheid, zorgvuldigheid en onafhankelijkheid kunnen worden voortgezet en uitgebreid.

De ‘verdwijning’ van de Bopz-arts

In de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatricie is het toezicht op (de registratie van) dwangtoepassingen en besluiten over verlof en ontslag voor een groot deel in handen van een Bopz-arts. De functie van geneesheer-directeur, die thans in de Wet Bopz is vastgelegd, is niet gebruikelijk in deze beide sectoren. De taken en verantwoordelijkheden van een Bopz-arts zijn uitgewerkt in model-taakomschrijvingen die zijn opgesteld door Verenso en de Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten (NVAVG).¹⁸

In de Wet zorg en dwang wordt de functie van Bopz-arts niet genoemd en worden veel van de verantwoordelijkheden die thans bij deze arts liggen, toegeschreven aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder is de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg biedt aan een cliënt.¹⁹ Deze omschrijving van de zorgaanbieder is erg ruim, en wordt nergens in de wet nader omschreven. De belangrijke verantwoordelijkheden die de wetgever thans bij de zorgaanbieder neerlegt, kunnen dan ook in feite aan eenieder die werkt bij de zorgaanbieder worden toegekend. Dit is

niet alleen zeer onwenselijk vanwege de grote mate van deskundigheid en professionaliteit die de verschillende verantwoordelijkheden vereisen, ook levert de mogelijkheid van het verdelen van deze verantwoordelijkheden over anderen dan een BIG-geregistreerd arts of gezondheidszorgpsycholoog een probleem op met het oog op de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid.

In de thematische wetsevaluatie Gedwongen zorg wordt grotendeels voorbijgegaan aan het verdwijnen van de Bopz-arts, maar wordt wel gesproken over het instellen van een met een geneesheer-directeur (zoals gebruikelijk in de ggz) vergelijkbare functionaris in de Wet zorg en dwang (aanbeveling 4 en 5). Deze aanbeveling wordt naar onze mening te summier uitgelegd en gaat voorbij aan de mogelijkheid van het voorbehouden van verantwoordelijkheden aan een met een Bopz-arts vergelijkbare in te stellen ‘zorg-en-dwang-arts’. Daar de geneesheer-directeur een overblijfsel is van de ouderwetse instellingszorg en de functie in de verstandelijk gehandicaptenzorg niet gebruikelijk is, sluit het instellen van een ‘zorg-en-dwang-arts’ beter aan op de hedendaagse praktijk van de verstandelijk gehandicaptenzorg. Ook kan hiermee de kennis en professionaliteit van de huidige Bopz-artsen worden behouden en wordt voorkomen dat belangrijke verantwoordelijkheden versnipperd door de zorgaanbieder worden verdeeld.

De cliëntenvertrouwenspersoon

In de thematische wetsevaluatie wordt veel aandacht besteed aan het belang en de taken van een onafhankelijke cliëntenvertrouwenspersoon. Wat echter niet aan de orde komt in het rapport, en daarnaast ook nog niet is uitgesproken in Den Haag, is de wijze waarop de onafhankelijkheid²⁰ van de cliëntenvertrouwenspersoon gewaarborgd gaat worden. Van

16 Algemene Rekenkamer, Centrum Indicatiestelling zorg, Kerngegevens 2011, zie: www.rekenkamer.nl/dsr/essource?objectid=3212&type=org.

17 *Kamerstukken I* 2014/15, 33 891, nr. C.

18 Zie voor taakomschrijvingen van de Bopz-arts bijvoorbeeld: <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Handig/Model-taakomschrijving-BOPZ-arts.pdf> en <http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/upload/wet--en-regelgeving/2001-08-model-taakomschrijving-bopz-arts.pdf>.

19 Art. 1 lid 1 sub f, wetsvoorstel zorg en dwang.

20 In art. 57 lid 3 van het wetsvoorstel zorg en dwang is de onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon opgenomen.

groot belang voor de onafhankelijkheid van een cliëntenvertrouwenspersoon is de wijze waarop de inzet van de vertrouwenspersoon bij de zorgaanbieder wordt vormgegeven en gefinancierd. In de tweede evaluatie van de Wet Bopz werd deze financiële onafhankelijkheid al als belangrijk kenmerk in de profiel-schets voor een vertrouwenspersoon in de verstandelijk gehandicapensector genoemd.²¹ Een van de opties voor de financiering van onafhankelijke cliëntenvertrouwenspersonen is het door zorgaanbieders laten inhuren van cliëntvertrouwenspersonen als zelfstandige: op deze wijze kunnen zorgaanbieders op zoek gaan naar een cliëntenvertrouwenspersoon binnen een bepaald budget en kan er een 'markt' van cliëntenvertrouwenspersonen ontstaan. Het gevaar van deze optie is dat cliëntvertrouwenspersonen zich mogelijk zullen onthouden van al te veel kritiek, om de kans op toekomstig werk niet te ontlopen. Een andere optie is het verenigen van cliëntvertrouwenspersonen in één gedegen instantie, die niet direct via zorgaanbieders gefinancierd wordt. Deze optie wordt reeds gehanteerd in de geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg door de inzet van de Stichting Patiëntvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg (hierna te noemen: Stichting PVP). De financiering van deze stichting is in handen van het ministerie van VWS en de vertrouwenspersonen zijn in dienst van de Stichting PVP, waarmee het de onafhankelijkheid ten opzichte van zorgaanbieders zoveel mogelijk waarborgt. Het inzetten van één gedegen instantie heeft ook andere voordelen. Zo organiseert de Stichting PVP scholing, geeft het juridische adviezen, zorgt het voor overkoepelend toezicht en heeft het een eigen klachtencommissie voor conflicten tussen cliënten en cliëntvertrouwenspersonen.

21 Commissie evaluatie regelgeving, Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, ZonMw, Den Haag: 2002, p. 91.

Het begrip onvrijwillige zorg

Onvrijwillige zorg omvat alle manieren van ingrijpen die een aantasting vormen in fundamentele rechten van cliënten. De wetgever gaat uit van een zeer brede definitie die invulling krijgt met behulp van vijf vormen van onvrijwillige zorg.²² Als een cliënt niet instemt of zich tegen een bepaalde vorm van zorg of ingreep verzet, en de begeleiding de zorg of ingreep wil voortzetten, moet worden voldaan aan de strenge voorwaarden in de vorm van een stappenplan. De wetgever maakt geen onderscheid tussen lichte en zware vormen van onvrijwillige zorg. Voor iedere vorm van onvrijwillige zorg moet hetzelfde stappenplan doorlopen worden. Hoewel dit uitgangspunt volgens de wetgever aansluit bij de wens om het gebruik van dwang te beperken en de rechtspositie van cliënten te versterken, is het de vraag of deze gang van zaken effectief en passend is.²³ De onderzoekers van de wetsevaluatie plaatsen hier, gelet op aanbeveling 2 en 3, ook zo hun vraagtekens bij. Ze doen echter geen concrete voorstellen ter verbetering.

Is het wenselijk en haalbaar om alle vormen van ingrepen, van licht tot zwaar, van opvoeding tot veiligheidsmaatregel, dezelfde toets te laten ondergaan? Hoe verhoudt het ontbreken van dit onderscheid zich met het EVRM, waaruit strenge eisen kunnen worden afgeleid voor maatregelen die leiden tot vrijheidsbeneming?

22 Art. 2 lid 1 sub a t/m e wetsvoorstel zorg en dwang: a. het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening; b. het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan; c. maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt; d. maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden, of e. beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten.

23 B.J.M. Frederiks & K. Blankman, 'Wetsvoorstel Zorg en dwang: impact van recente wijzigingen voor het veld en de cliënt', *TvGR* 2013-4, p. 350.

Zullen zorgverleners zich ervan bewust zijn dat bijna iedere ingreep in het leven van de cliënt een ingreep is die binnen het brede begrip van onvrijwillige zorg valt? Bovendien, is het mogelijk dat hulpverleners in de praktijk altijd, voor alle vormen van onvrijwillige zorg, alle stappen doorlopen, gezien de zware administratieve last, hoge eisen en kostbare tijd die deze stappen innemen?²⁴

Hoewel een onderverdeling in gradaties altijd een zekere mate van subjectiviteit bevat, zou een getrappt stelsel gevormd kunnen worden op basis van duur, intensiteit en de gevolgen van een maatregel voor de cliënt. Zonder een dergelijk stelsel of onderscheid tussen maatregelen bergt het wetsvoorstel het gevaar dat, door de vele voorwaarden en zware administratieve last van het stappenplan, een grijs gebied van vrijheidsbeperkingen die niet geheel voldoen aan de normen van de wet blijven bestaan, voornamelijk doordat de wet doorschiet in eisen en het (te) brede begrip onvrijwillige zorg. Bovendien is het gevaar aanwezig dat de echt ingrijpende vormen van onvrijwillige zorg, zoals afzondering en fixatie, niet meer de juiste aandacht krijgen.

Conclusie

In dit artikel hebben we ons beperkt tot een aantal thema's. De onderzoekers van de thematische wetsevaluatie vragen zich verder bijvoorbeeld af of de Wet zorg en dwang voldoet aan de normering van artikel 5 van het EVRM. In dat licht wordt ook over het onderscheid

tussen vrijheidsbeperking en vrijheidsontneming gesproken. Andere thema's die we niet hebben behandeld zijn het klachtrecht en de (on)mogelijkheden voor een rechterlijke machtiging onder voorwaarden voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking.

De bedoeling van de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg was om de grijze gebieden in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatricie zichtbaar te maken. Voorbeelden hiervan zijn de orthopedagogische behandelcentra (OBC's), verzorgingshuizen, dagbestedinglocaties in beide sectoren en de thuiszorg. Wij constateren dat deze gebieden te weinig aandacht krijgen in het rapport. De uitkomsten van het rapport zetten de bewindslieden van VWS en VenJ echter wel 'extra' onder druk. De onderzoekers nemen geen stelling wat betreft de toekomst. De regering moet zelf een keuze maken: een gezamenlijke wet voor de sectoren psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg en de ouderenzorg met als vertrekpunt de Wet verplichte ggz of beide toekomstige wetten (Wet verplichte ggz en Wet zorg en dwang) naast elkaar laten bestaan en op een later moment met elkaar integreren. De onderzoekers hebben wel een duidelijke voorkeur voor de Wet verplichte ggz als vertrekpunt, aangezien zij de suggestie doen om de Wet Bopz voorlopig te handhaven voor de ouderenzorg en gehandicaptenzorg in afwachting van een aan deze sectoren aangepaste Wet verplichte ggz. Duidelijk mag zijn dat de uitkomsten van het rapport (opnieuw) voor de benodigde vertraging gaan leiden.

24 De Afdeling advisering van de Raad van State was in een advies op de vierde nota van wijziging van het wetsvoorstel zorg en dwang kritisch over de regeling inzake onvrijwillige zorg. Zij stelde dat deze gepaard zal gaan met een zware administratieve last die een praktische uitwerking mogelijk belemmert. Bovendien stelde de RvS zich op het standpunt dat het minimaliseren van het gebruik van vrijheidsbeperking (juist) niet enkel met gedetailleerde wetgeving bereikt kan worden. De RvS adviseerde pas over te gaan tot wettelijke vastlegging wanneer protocollen en richtlijnen niet leiden tot het gewenste effect (*Kamerstukken II 2011/12, 31 996, nr. 32, p. 4*).