



Van Wet Bopz naar Wet Zorg en dwang

Meggie Vennix

2 januari 2013, Diessen

Van Wet Bopz naar Wet Zorg en dwang

Naam:	Meggie Vennix
Studentnummer:	2027647
Opleiding:	Juridische Hogeschool Avans-Fontys te Tilburg
Periode:	september 2012 – januari 2013
Afstudeeradres:	Stichting Prisma
Afstudeermentor:	dhr. L. Platschorre
Afstudeerdocenten:	mw. J. Pop mw. T. Wielders

2 januari 2013, Diessen

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van ruim drie maanden onderzoek bij Stichting Prisma. Na vier jaar met (meestal) veel plezier studeren op de Juridische Hogeschool Avans-Fontys te Tilburg, is dit onderzoek, wellicht op één herkansing na, het stuk waarmee ik de opleiding HBO-Rechten afrond.

Ondanks dat de beginperiode bij Stichting Prisma met weinig geluk gepaard ging, heb ik er een leuke en leerzame tijd gehad. Dat komt mede omdat mijn leidinggevende en naaste collega's veel begrip hadden voor de situatie die weken. Ik wil van deze gelegenheid gebruik maken om ze hier nogmaals voor te bedanken.

De afgelopen maanden heb ik hard gewerkt om deze scriptie te maken. Gelukkig ben ik altijd met plezier naar kantoor of naar school gegaan om onderzoek te doen. Ook heb ik veel locaties van Stichting Prisma bezocht, waardoor ik veel over de organisatie te weten ben gekomen en heb mogen zien hoe de onderwerpen van mijn scriptie zich in de praktijk afspelen. Daarvoor wil ik alle medewerkers van Prisma die mijn vragen hebben beantwoord en de moeite hebben genomen om tijd voor mij vrij te maken, bedanken.

Ik wil daarnaast al mijn directe collega's bedanken voor de fijne tijd die ik bij Stichting Prisma heb gehad. Mede dankzij hen ben ik altijd graag naar kantoor gegaan. In het bijzonder wil ik dhr. Leo Platschorre, dhr. Karim Hammadi, mevr. Jacquélien Seebregts en mevr. Jenny Pop bedanken. Dankzij hun aanbevelingen, feedback of antwoorden op mijn vragen, is mijn scriptie een document geworden waar ik trots op ben. Ik hoop dan ook dat u het met veel plezier gaat lezen.

Meggie Vennix, 2 januari 2013.

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen	7
Samenvatting	8
1. Inleiding	9
1.1 Beschrijving afstudeerorganisatie	9
1.2 Onderwerp	9
1.3 Doelstelling	9
1.4 Beoogde doelgroep	10
1.5 Vraagstelling	10
1.6 Methode van onderzoek	10
1.7 Leeswijzer	10
2. Wat houdt de Wet Bopz in?	11
2.1 Achtergrond Wet Bopz	11
2.2 Begrippen	12
2.2.1 Stoornis van de geestvermogens	12
2.2.2 Gevaarscriterium	12
2.2.3 Wilsonbekwaamheid	13
2.2.4 Geneesheer-directeur	13
2.3 Externe rechtspositie	14
2.3.1 Voorlopige machtiging	14
2.3.2 Machtiging tot voortgezet verblijf	14
2.3.3 Inbewaringstelling	14
2.3.4 Rechterlijke machtiging op eigen verzoek	15
2.3.5 Artikel 60 procedure	15
2.4 Interne rechtspositie	16
2.4.1 Behandelingsplan	16
2.4.2 Dwangbehandeling	17
2.4.3 Middelen of maatregelen	17
2.4.4 Huisregels	18
2.4.5 Individuele beperkingen	19
2.4.6 Klachtrecht	19
3. Wat is het beleid van Stichting Prisma met betrekking tot de vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht en is dit in overeenstemming met de regels uit de Wet Bopz?	21
3.1 Vrijheidsbeperkende maatregelen	21
3.1.1 Behandelingsplan	22
3.1.2 Dwangbehandeling	22
3.1.3 Middelen of maatregelen regulier	23
3.1.4 Middelen of maatregelen nood	23
3.1.5 Soorten middelen of maatregelen	24
3.1.5.1 Afzondering	25
3.1.5.2 Fixatie	25
3.1.5.3 Toediening medicatie	25
3.1.5.4 Toediening vocht of voeding	26
3.1.6 Registratie	26
3.2 Klachtrecht	27

4. Wat houdt de Wet Zorg en dwang in met betrekking tot de vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht?	28
4.1 Achtergrond Wet Zorg en dwang	28
4.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen	28
4.2.1 Onvrijwillige zorg	29
4.2.2 Ernstig nadeel	29
4.2.3 Zorgplan	29
4.2.3.1 Opstellen van het zorgplan	30
4.2.3.2 Onvrijwillige zorg in het zorgplan	31
4.2.3.3 Uitvoeren van onvrijwillige zorg in het zorgplan	33
4.2.3.4 Onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties	34
4.2.4 Registratie en administratieve voorschriften	34
4.2.4.1 Register	34
4.2.4.2 Beleidsplan	35
4.3 Klachtrecht	35
4.4 Cliëntenvertrouwenspersoon en mentorschap	36
4.4.1 Cliëntenvertrouwenspersoon	37
4.4.2 Mentorschap	37
5. Welke veranderingen brengt de Wet Zorg en dwang met zich mee voor Stichting Prisma in het kader van de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht?	38
5.1 Achtergrond	38
5.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen	39
5.2.1 Onvrijwillige zorg	39
5.2.1.1 Altijd onvrijwillige zorg	39
5.2.1.2 Bewegingsvrijheid- en gedragsbeïnvloedende medicatie	40
5.2.1.3 Toezicht	40
5.2.1.4 Beperking van de bewegingsvrijheid	41
5.2.1.5 Beperking in de vrijheid om het eigen leven in te richten	42
5.2.2 Ernstig nadeel	42
5.2.3 Zorgplan	43
5.2.3.1 Opstellen van het zorgplan	43
5.2.3.2 Onvrijwillige zorg in het zorgplan	44
5.2.3.3 Uitvoeren van onvrijwillige zorg in het zorgplan	45
5.2.3.4 Onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties	46
5.2.4 Registratie en administratieve voorschriften	46
5.2.4.1 Register	46
5.2.4.2 Beleidsplan	47
5.3 Klachtrecht	47
5.4 Cliëntenvertrouwenspersoon en mentorschap	48
5.4.1 Cliëntenvertrouwenspersoon	48
5.4.2 Mentorschap	48
6. Conclusies en aanbevelingen	50
6.1 Conclusies	50
6.1.1 Gevaarscriterium / Ernstig nadeel	50
6.1.2 Behandelingsplan / Zorgplan	50
6.1.3 Dwangbehandeling, M&M, M&M Nood / Onvrijwillige zorg	50
6.1.4 Registratie / Registratie en administratieve voorschriften	51
6.1.5 Klachtrecht	51
6.1.6. Cliëntenvertrouwenspersoon en mentorschap	51

6.2 Aanbevelingen	52
6.2.1 Behandelingsplan / Zorgplan	52
6.2.2 Dwangbehandeling, M&M, M&M Nood / Onvrijwillige zorg	52
6.2.3 Registratie / Registratie en administratieve voorschriften	52
6.2.4 Klachtrecht	52
6.2.5 Cliëntenvertrouwenspersoon en mentorschap	53
Evaluatie	54
Bronnenlijst	55
Bijlagen	
Bijlage I: Schema's beleid Stichting Prisma vs. Wet Bopz	
Bijlage II: Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen	
Bijlage III: Praktische handleiding bij het maken en werken met een POP	
Bijlage IV: Afzonderingsruimte protocol	
Bijlage V: Fixatie protocol	
Bijlage VI: Medicatie ongewild toedienen protocol	
Bijlage VII: Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol	
Bijlage VIII: Schematisch overzicht zorgplan	
Bijlage IX: Nachtzorg en zorgondersteunende techniek 2010-2012	

Lijst van afkortingen

AMvB	: Algemene Maatregel van Bestuur
AVG	: Arts verstandelijk gehandicapten
BkB Bopz	: Besluit klachtenbehandeling Bopz
Bmm BOPZ	: Besluit middelen en maatregelen Bopz
Bpv-Bopz	: Besluit patiëntenvertrouwenspersoon Bopz
Brp BOPZ	: Besluit rechtspositieregelen Bopz
BW	: Burgerlijk Wetboek
CCE	: Centrum voor Consultatie en Expertise
CIZ	: Centrum indicatiestelling zorg
EVRM	: Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
MDO	: Multidisciplinair overleg
MIC	: Medewerkersveiligheid, Incidentmelding en Cliëntveiligheid
M&M	: Middelen en maatregelen regulier
M&M Nood	: Middelen en maatregelen nood
POP	: Persoonlijk ondersteuningsplan
PPS	: Personen passeer systeem
Rktd BOPZ	: Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz
Wet Bopz	: Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Wet Zorg en dwang	: Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten
WGBO	: Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WKCZ	: Wet klachtrecht cliënten zorgsector
Zib	: Zorgindicatiebesluit

Samenvatting

Stichting Prisma wilde in kaart gebracht hebben hoe de Wet Bopz binnen haar organisatie functioneert. In het bijzonder was de vraag of haar beleid omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen uit de Wet Bopz op de juiste manier is opgesteld. Onder vrijheidsbeperking wordt dwangbehandeling en toepassing van middelen en maatregelen verstaan. Op dit moment is er bij Prisma een vaststaand beleid met betrekking tot de vrijheidsbenemende maatregelen. Dit beleid wordt in dit onderzoek getoetst aan de Wet Bopz. Daarnaast wilde Prisma weten welke veranderingen de Wet Zorg en Dwang in dit kader met zich meebrengt. Tot slot wilde Prisma met betrekking tot de klachtbehandeling het één en ander helder hebben. Stichting Prisma zit namelijk in de regionale klachtencommissie, samen met meerdere zorgaanbieders uit Midden- en West Brabant. De veranderingen van de bevoegdheden van de zorgaanbieder en de rechten van de cliënt, die er met de komst van de Wet Zorg en dwang zullen komen, werken door in het klachtrecht van de cliënt. Daarom wilde de organisatie weten wat er met het klachtenrecht gaat veranderen, en wat ze wellicht moet aanpassen om aan de eisen van de Wet Zorg en dwang te voldoen. Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen of het beleid dat nu geldt op het gebied van vrijheidsbeperkende middelen en het klachtrecht in overeenstemming is met de Wet Bopz, en om aan te geven welke aanpassingen de organisatie in het kader hiervan moet invoeren om aan de nieuwe Wet Zorg en dwang te voldoen.

Het beleid van Stichting Prisma met betrekking tot vrijheidsbeperkende middelen komt grotendeels overeen met de Wet Zorg en dwang. Het advies hierbij is om in sommige gevallen, passages uit de Wet Bopz of jurisprudentie over te nemen in de beleidsnotities. Op sommige punten stelt Prisma strengere eisen dan in de Wet Bopz staat, er worden bijvoorbeeld al multidisciplinaire overleggen (MDO's) gevoerd bij het opstellen van het behandelingsplan. Met betrekking tot het klachtrecht is ook aan te bevelen dat de regels uit de Wet Bopz overgenomen worden in de beleidsnotitie.

Met de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang wordt het behandelingsplan, dat bij Prisma het Persoonlijk Ondersteuningsplan (POP) wordt genoemd, vervangen door het zorgplan. Bij het opstellen hiervan gaan MDO's een belangrijke rol spelen. Onvrijwillige zorg is een term die met de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang wordt ingevoerd. Voordat dit in het zorgplan mag worden opgenomen en mag worden toegepast, moet er aan strenge criteria worden voldaan. Er moet getoetst worden aan het ernstig nadeelcriterium. Het advies is dat Stichting Prisma het begrip onvrijwillige zorg definieert in haar beleid en een nieuw beleidsplan op moet stellen met betrekking tot de regels uit de Wet Zorg en dwang, dit onderzoek kan daarbij als hulpmiddel dienen. Het gevolg van de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang is dat er vaker sprake zal zijn van onvrijwillige zorg. Daardoor zal er voor meer cliënten een procedure voor een rechterlijke machtiging of voor een opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging gestart moeten worden. Het advies is om te inventariseren voor welke cliënten een dergelijke procedure gestart moet worden. Eenmaal per halfjaar moet een register van de toegepaste onvrijwillige zorg opgestuurd worden. Met betrekking tot het klachtrecht zijn er een paar regels die veranderen ten opzichte van de Wet Bopz of die geïntroduceerd worden in de Wet Zorg en dwang. Het advies is om na te gaan of de klachtencommissie op dit moment is ingesteld door minstens één representatief te achten cliëntenorganisaties en minstens één representatief te achten organisatie van zorgaanbieders. Indien dit niet het geval is, dient Prisma er voor te zorgen dat dit bij de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang wel het geval is. Begrippen die geïntroduceerd worden bij de Wet Zorg en dwang zijn de cliëntenvertrouwenspersoon en het mentorschap. Het advies hierbij is om na te gaan voor welke cliënten een mentor aangesteld moet worden.

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst een beschrijving van Stichting Prisma gegeven. Daarna komt het onderwerp van de scriptie aan bod. Vervolgens wordt ingegaan op de doelstelling, de beoogde doelgroep en de vraagstelling. Daarna zal kort de methode van onderzoek uiteengezet worden. Ten slotte is er in dit hoofdstuk een leeswijzer opgenomen.

1.1 Beschrijving afstudeerorganisatie

Het onderzoek is uitgevoerd bij Stichting Prisma. Deze organisatie biedt zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en is gevestigd in diverse gemeenten in de provincie Noord-Brabant. Op deze locaties wordt de zorg voor cliënten op verschillende niveaus georganiseerd. Zo worden cliënten binnen een reguliere omgeving, bijvoorbeeld in een woonwijk, ondersteund. Ook verlenen medewerkers van Stichting Prisma specialistische zorg voor cliënten. Tevens wordt zorg verleend aan cliënten bij wie er naast de beperking als gevolg van de verstandelijke handicap, sprake is van bijkomende problematiek. Ten slotte zijn er nog de dagvoorzieningen. Er zijn 2284 cliënten waar de 2298 medewerkers van Stichting Prisma zorg aan verlenen.

1.2 Onderwerp

De onderwerpen van de scriptie zijn de Wet Bopz en de Wet Zorg en dwang. De wet Zorg en dwang gaat de Wet Bopz in de toekomst deels vervangen. Een reden hiervoor is dat de Wet Bopz een beperkte reikwijdte heeft. De Wet Bopz geeft namelijk uitsluitend een kader voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen Bopz-aangemerkte instellingen. Daarbij geldt dit kader alleen voor cliënten die via een Bopz-titel zijn opgenomen. Omdat er steeds meer woonvormen bijkomen, levert deze koppeling problemen op. Deze 'nieuwe' woonvormen kunnen namelijk niet aangemerkt worden op grond van de Wet Bopz. Een andere reden dat de Wet Zorg en dwang er komt, is vanwege het feit dat de Wet Bopz inhoudelijk onvoldoende aansluit bij de praktijk van de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Voor sommige woonvormen ontbreekt de wettelijke grondslag voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, omdat deze niet aangemerkt kunnen worden op grond van de Wet Bopz. De vraag hiernaar bestaat echter wel degelijk. Door deze tegenstelling komen zorgverleners onder druk te staan bij de invulling van hun goed-hulpverlenerschap. De invoering van de Wet Zorg en dwang moet ervoor zorgen dat deze kloof tussen de wet en de praktijk kleiner wordt.¹

De behandeling van het wetsvoorstel Wet Zorg en dwang duurt al een aantal jaar. Het is nog onduidelijk wanneer de Wet Zorg en dwang in werking zal treden. Op dit moment ligt het wetsvoorstel ter behandeling bij de Tweede Kamer. Inmiddels zijn er vijf nota's van wijzigingen doorgevoerd. Dit onderzoek is gedaan nadat de punten uit de vijfde nota van wijziging zijn opgenomen in het wetsvoorstel.²

1.3 Doelstelling

Op 9 januari 2013 wordt een onderzoek met conclusies en aanbevelingen aangeboden aan Stichting Prisma, waarin duidelijk wordt of het beleid dat nu geldt op het gebied van vrijheidsbeperkende middelen en het klachtrecht, in overeenstemming is met de Wet Bopz en welke aanpassingen de organisatie in het kader hiervan moet invoeren om aan de nieuwe Wet Zorg en dwang te voldoen.

¹ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 1 en 2.

² Zie ook <www.rijksoverheid.nl> documenten en publicaties> kamerstukken>

1.4 Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep van dit onderzoek is Stichting Prisma. Daarnaast kunnen met betrekking tot het klachtrecht ook de organisaties die samen met Prisma in de klachtencommissie zitting hebben, dit onderzoek wellicht gebruiken.

1.5 Vraagstelling

De centrale vraag van dit onderzoek luidt:

Is het beleid dat op dit moment geldt binnen Stichting Prisma met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht in overeenstemming met de Wet Bopz, en in hoeverre wordt dit beleid in dit kader beïnvloed op het moment dat de Wet Zorg en dwang in werking treedt?

De deelvragen zijn:

- 1) Wat houdt de Wet Bopz in?
- 2) Wat is het beleid van Stichting Prisma met betrekking tot de vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht en is dit in overeenstemming met de regels uit de Wet Bopz?
- 3) Wat houdt de Wet Zorg en dwang in met betrekking tot de vrijheidsbenemende maatregelen en het klachtrecht?
- 4) Welke veranderingen brengt de Wet Zorg en Dwang in met zich mee voor Stichting Prisma in het kader van de toepassing van vrijheidsbenemende maatregelen en het klachtrecht?

1.6 Methode van onderzoek

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Wet Bopz, het wetsvoorstel Wet Zorg en dwang, de Memorie van Toelichting van de Wet Bopz en van de Wet Zorg en dwang en van verschillende beleidsnotities van Stichting Prisma. Ook zijn er handboeken gebruikt en is er contact geweest met medewerkers van Prisma, een medewerker van het Centrum voor Consultatie en Expertise en met dr. mr. Brenda Frederiks, een deskundige op het gebied van het wetsvoorstel Wet Zorg en dwang. Het beleid van Stichting Prisma is vergeleken met de regels uit de Wet Bopz en vervolgens is de Wet Zorg en dwang vergeleken met de Wet Bopz.

1.7 Leeswijzer

De deelvragen zijn bedoeld om tot een antwoord te komen op de hoofdvraag. In elk hoofdstuk wordt een deelvraag beantwoord. In hoofdstuk twee wordt ingegaan op de inhoud van de Wet Zorg en dwang. Daarna wordt in hoofdstuk drie ingegaan op het beleid van Stichting. Vervolgens wordt in het vierde hoofdstuk ingegaan op de bepalingen in de Wet Zorg en dwang omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht. In hoofdstuk vijf wordt ingegaan op de gevolgen hiervan voor Stichting Prima. Ten slotte worden in hoofdstuk zes conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

Waar patiënt staat, kan ook cliënt of cliënte worden gelezen. Waar zwakzinnigeninstelling staat, kan ook instelling voor verstandelijk beperkten worden gelezen. Deze begrippen, die uit de Wet Bopz komen, zijn namelijk verouderd.



2. Wat houdt de Wet Bopz in?

Om te weten of het beleid van Stichting Prisma aansluit op de eisen uit de Wet Bopz, is het van belang om te weten wat deze eisen inhouden. In dit hoofdstuk wordt daarop ingegaan. Hiermee wordt tegelijkertijd een antwoord gegeven op de eerste deelvraag van het onderzoek. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt de achtergrond en het doel van de Wet Bopz uiteengezet. Vervolgens zal in de tweede paragraaf een aantal algemene begrippen uitgelegd worden, omdat deze begrippen vaak terugkomen in de Wet Bopz. Om de regels in de Wet Bopz goed te begrijpen, is het relevant om eerst te weten wat deze begrippen inhouden. In paragraaf drie en vier wordt ingegaan op de externe en interne rechtspositie van een gedwongen opgenomen persoon. Vooral de interne rechtspositie heeft betrekking op dit onderzoek en Stichting Prisma. Aan de regels die hierover gesteld zijn in de Wet Bopz, moet Prisma zich dan ook houden.

Dit hoofdstuk heeft alleen betrekking op Bopz-geïndiceerde cliënten die verblijven op locaties van Stichting Prisma die als Bopz-locatie zijn aangemerkt. Bopz-geïndiceerde cliënten zijn personen die via een gerechtelijke- of artikel 60 procedure gedwongen zijn opgenomen. Deze procedures staan beschreven in de derde paragraaf van dit hoofdstuk, over de externe rechtspositie van de cliënt. Op de Bopz-aangemerkte locaties wordt ingegaan in de eerste paragraaf.

2.1 Achtergrond Wet Bopz

De Wet Bopz is in werking getreden op 17 januari 1994. Deze wet heeft de Krankzinnigenwet, die uit 1884 dateerde, vervangen.³

In artikel 11 van de Grondwet staat dat iedereen, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht heeft op onaantastbaarheid van zijn lichaam. Uit artikel 5 EVRM en artikel 15 van de Grondwet volgt verder dat buiten de gevallen bij of krachtens de wet bepaald, niemand zijn vrijheid mag worden ontnomen. In sommige gevallen is het echter voor iemand zijn eigen veiligheid, of voor de veiligheid van anderen, nodig om inbreuk te maken op deze rechten. Dit kan zijn in de vorm van een gedwongen opname. Omdat een dergelijke opname verstrekende gevolgen heeft voor onder andere de rechtspositie van de betreffende persoon, is het besluitvormingsproces dat aan een gedwongen opname voorafgaat nauwkeurig door de wetgever beschreven en is voorzichtigheid hierbij geboden. De rechtspositie van een onvrijwillig opgenomen persoon moet goed zijn beschermd.⁴ Deze bescherming is weggelegd in de Wet Bopz. De Wet Bopz regelt namelijk de gedwongen opname en behandeling van mensen die lijden aan een geestesstoornis. In de Wet Bopz worden de verschillende procedures die kunnen leiden tot een onvrijwillige opname beschreven. Ook de criteria waaraan de patiënt en de situatie moeten voldoen, wil de rechter kunnen instemmen met een gedwongen verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, zijn in de Wet Bopz beschreven. Het geheel van deze procedures en criteria wordt de externe rechtspositie genoemd. Tevens wordt de interne rechtspositie, dat wil zeggen de regels inzake de rechten en plichten van een tegen zijn wil in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen persoon, in deze wet aan de orde gesteld.⁵

Op grond van de Wet Bopz mogen onvrijwillige opnemingen alleen plaatsvinden in afdelingen en/of locaties van instellingen die door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn aangemerkt als psychiatrisch ziekenhuis, als verpleeginrichting of als zwakzinnigeninrichting. Alleen de afdelingen en/of locaties van instellingen die zijn toegerust

³ Hermans & Buijsen 2006, p. 164.

⁴ Hermans & Buijsen 2006, p. 163.

⁵ Keurentjes 2002, p. 3.

op onvrijwillige opnemingen kunnen worden aangemerkt.⁶ Alle aangemerkte locaties zijn te vinden in bijlagen 1, 2 en 3 van de Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis Bopz. In bijlage 3 van de Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis Bopz zijn alle locaties opgenomen die in Nederland als zwakzinnigeninrichting als bedoeld in Wet Bopz aangemerkt zijn. De Wet Bopz is niet op alle locaties van Stichting Prisma van toepassing. Een aantal locaties van Stichting Prisma komt namelijk niet voor in bijlage 3 (tevens niet in bijlagen 1 en 2) van de Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis Bopz.

2.2. Begrippen

In deze paragraaf wordt uitleg gegeven aan begrippen die zowel bij de externe- als de interne rechtspositie van een gedwongen opgenomen persoon een rol kunnen spelen. Het is van belang de betekenis van deze begrippen te kennen, omdat ze vaak voorkomen in de Wet Bopz.

2.2.1 Stoornis van de geestvermogens

In artikel 1 lid 1 sub d van de Wet Bopz komt het begrip 'stoornis van de geestvermogens' voor. Onder 'geestvermogens' verstaat de wetgever de vermogens tot denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen.⁷ Als deze vermogens een gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis hebben, heeft de betreffende persoon een stoornis van de geestvermogens. Indien de stoornis van de geestvermogens gevaar veroorzaakt, is aan een van de criteria van de Wet Bopz voor gedwongen opname voldaan.

2.2.2 Gevaarscriterium

In 1982, dus nog voor de invoering van de Wet Bopz, oordeelde de Hoge Raad al dat een gedwongen opname slechts is toegestaan indien de betrokkene ten gevolge van een geestesstoornis 'een gevaar voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen veroorzaakt'.⁸

Het gevaarscriterium wordt in artikel 1, lid 1 sub f van de Wet Bopz nader uitgewerkt. Volgens dit artikel moet er van ten minste één van onderstaande zaken worden voldaan. Ten eerste is er het gevaar voor degene, die het veroorzaakt, wat kan bestaan uit:

- Het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen,
- Het gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat,
- Het gevaar dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen,
- Het gevaar dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.

Ten tweede is er het gevaar voor één of meer anderen, wat kan bestaan uit:

- Het gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen,
- Het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander,
- Het gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.

Ten slotte is er nog het gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Er wordt, zoals eerder vermeld, slechts alleen aan dit criterium voldaan wanneer er een causaal verband bestaat tussen de stoornis van de geestvermogens en het gevaar.

⁶ Bijlage 1, 2 en 3 Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis Bopz, *Stcrt.* 2012, 9954.

⁷ Hermans & Buijsen 2006, p. 165.

⁸ Hermans & Buijsen 2006, p. 165.

2.2.3 Wilsonbekwaamheid

Het uitgangspunt is dat iedereen voor wilsbekwaam wordt gehouden, totdat het tegendeel vast komt te staan. In de Wet Bopz wordt gesproken van wilsonbekwaamheid als de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de voorgestelde behandeling. Op verzoek van de toenmalige minister van Justitie en Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft een werkgroep zich in 1994 gebogen over de vraag of een handleiding kon worden ontwikkeld die bij een bepaling van wilsonbekwaamheid behulpzaam kan zijn. Uit dit onderzoek kwam een aantal criteria naar voren waaruit kan worden afgeleid of een patiënt wilsonbekwaam is. Belangrijk is dat de betrokkene de volgende punten moet kunnen begrijpen:

- De aard van zijn gezondheidstoestand,
- De aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling,
- De te verwachten gevolgen en de risico's daarvan voor de gezondheid of het welzijn van de patiënt,
- De te verwachten gevolgen van het achterwege laten van het onderzoek of van de behandeling,
- De eventuele alternatieven voor het onderzoek of de behandeling.

Om de wilsbekwaamheid op een juiste manier te controleren, is het van belang dat over bovengenoemde punten relevante en voldoende informatie wordt verschaft aan de betrokkene. Hulpverleners dienen in het belang van de patiënt in het algemeen alert te zijn of er aanleiding bestaat om aan de wilsbekwaamheid van een patiënt te twifelen. Een juist moment om te toetsen aan de wilsonbekwaamheid, kan zijn op het moment dat toestemming van de patiënt vereist is voor een ingrijpende behandeling, of wanneer de weigering van een patiënt ingrijpende consequenties kan hebben. Wie er oordeelt over de wilsbekwaamheid van een patiënt, is in elk geval anders.⁹

Zonder instemming van een patiënt kan in beginsel geen behandeling plaatsvinden. Als de patiënt echter wilsonbekwaam is, moet er instemming van de vertegenwoordiger zijn om een behandeling door te laten gaan. De vertegenwoordiger geeft dan plaatsvervangende toestemming. Als dit het geval is, is dit op grond van de WGBO voldoende om een behandeling te doen plaatsvinden. Indien een patiënt zich verzet, kan geen behandeling worden toegepast. Ook niet als hij wilsonbekwaam is en er wel overeenstemming is met de vertegenwoordiger. Alleen als het volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden, mag het behandelingsplan waartegen de patiënt zich verzet, worden toegepast. Wanneer er sprake is van verzet door de patiënt tegen een behandeling, komt de vraag of de patiënt al dan niet wilsonbekwaam is dus niet aan de orde. Ditzelfde geldt ook voor de toepassing van middelen en maatregelen als bedoeld in artikel 39 van de Wet Bopz.

2.2.4 Geneesheer-directeur

In de Wet Bopz wordt gesproken over de geneesheer-directeur.¹⁰ In de praktijk, zo ook bij Stichting Prisma, wordt in plaats hiervan vaak gesproken over de Bopz-arts. In dit onderzoek zal de benaming uit de praktijk, dus de Bopz-arts, gebruikt worden. Verder in dit hoofdstuk wordt duidelijk wat de rol van deze persoon is.

⁹ Brochure Ministerie van Veiligheid en Justitie, *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (voor de hulpverlener)*, licht gewijzigde versie, januari 2007.

¹⁰ Art. 1 lid 3 Wet Bopz

2.3 Externe rechtspositie

De externe rechtspositie van een gedwongen opgenomen persoon bestaat uit het geheel aan procedures en criteria waaraan de patiënt en de situatie moeten voldoen, wil de rechter kunnen instemmen met een gedwongen verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. In deze paragraaf zullen alleen de procedures die van toepassing zijn op een zwakzinnigeninstelling kort uiteengezet worden.

2.3.1 Voorlopige machtiging

De rechter kan, op verzoek van de officier van justitie, een voorlopige machtiging verlenen om iemand die gestoord is in zijn geestvermogens in een psychiatrisch ziekenhuis te laten opnemen en verblijven. Indien de betrokkene al vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, is deze machtiging bedoeld om het verblijf te laten voortduren.¹¹ Deze machtiging kan slechts worden verleend, indien naar het oordeel van de rechter voldaan is aan het gevaarscriterium en dit gevaar niet kan worden afgewend door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis.¹² Nadat aan alle voorwaarden voor het schriftelijk verzoek is voldaan en de rechter voldoende personen gehoord heeft, beslist de rechter zo spoedig mogelijk op het verzoek tot voorlopige machtiging. Indien het verzoek betrekking heeft op een persoon die al in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, beslist de rechter in elk geval binnen drie weken na indiening van het verzoek.¹³ De beschikking van de rechter is uitvoerbaar bij voorraad. De voorlopige machtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste zes maanden.¹⁴ Nadat de betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, meldt de Bopz-arts dit zo spoedig mogelijk aan de griffier en de officier van justitie van de rechtbank die de machtiging heeft verleend.¹⁵

2.3.2 Machtiging tot voortgezet verblijf

De rechter kan op verzoek van de officier van justitie met betrekking tot een persoon die op basis van een voorlopige machtiging in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, een machtiging tot voortgezet verblijf verlenen. Deze machtiging kan alleen verleend worden, indien naar het oordeel van de rechter ook na verloop van de geldigheidsduur van de lopende voorlopige machtiging, het gevaarscriterium nog aanwezig is en het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.¹⁶ Nadat aan alle voorwaarden voor het schriftelijk verzoek is voldaan en de rechter voldoende personen gehoord heeft, beslist hij binnen vier weken na het indienen van het verzoekschrift. De machtiging tot voortgezet verblijf voor een zwakzinnigeninrichting heeft een geldigheidsduur van ten hoogste vijf jaren na de dagtekening en is uitvoerbaar bij voorraad.¹⁷ De rechter kan op verzoek van de officier van justitie met betrekking tot een persoon die op grond van een machtiging tot voortgezet verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, telkens een nieuwe machtiging tot voortgezet verblijf verlenen.¹⁸

2.3.3 Inbewaringstelling

Soms is met de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis haast geboden en kan een procedure tot een rechterlijke machtiging of een artikel 60 procedure niet worden afgewacht. Daarom kan de burgemeester bij beschikking vaststellen dat een persoon die zich in zijn

¹¹ Art. 2 lid 1 Wet Bopz

¹² Art. 2 lid 2 Wet Bopz

¹³ Art. 9 lid 1 Wet Bopz

¹⁴ Art. 10 lid 1 Wet Bopz jo. Art. 10 lid 4 Wet Bopz

¹⁵ Art. 11 Wet Bopz

¹⁶ Art. 15 lid 1, 2 en 3 Wet Bopz

¹⁷ Art. 17 lid 1, 2, 4 en 5 Wet Bopz

¹⁸ Art. 18 lid 1 Wet Bopz

gemeente bevindt in bewaring wordt gesteld. De burgemeester kan alleen een inbewaringstelling lastgeven indien de betrokkene gevaar veroorzaakt, het ernstige vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens bij de betrokkene het gevaar doet veroorzaken, het gevaar zo onmiddellijk dreigend is dat toepassing van een voorlopige machtiging niet kan worden afgewacht en het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.¹⁹ De stoornis van de geestvermogens hoeft dus niet vast te staan. Ook is het niet vereist dat het gevaar zich al heeft geopenbaard.²⁰ Indien binnen vierentwintig uur na het tijdstip waarop de beschikking van de burgemeester is gegeven, door de daarvoor in aanmerking komende psychiatrische ziekenhuizen nog niet tot opname is overgegaan, kan de burgemeester na overleg met de bevoegde inspecteur een van de ziekenhuizen bevelen de betrokkene op te nemen. Dit ziekenhuis is dan daartoe verplicht.²¹ De inbewaringstelling mag duren tot de tijd die de officier van justitie nodig heeft om bij de rechter een verzoek te doen tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling van die persoon. De officier stelt dit verzoek alleen in als hij van mening is dat er zich inderdaad gevaar ten aanzien van de in bewaring gestelde persoon voordoet.²² De rechter beslist na de inbewaringstelling of deze terecht is opgelegd. De rechter kan beslissen om een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling in te lassen. Deze machtiging heeft een geldigheidsduur van drie weken na de dagtekening.²³

2.3.4 Rechterlijke machtiging op eigen verzoek

Op verzoek van de officier van justitie kan de rechter een machtiging verlenen om een persoon die gestoord is in zijn geestvermogens en bereid is in een psychiatrisch ziekenhuis daarvoor een behandeling te ondergaan, in een psychiatrisch ziekenhuis op te nemen of te doen verblijven. Deze machtiging geldt ook indien die bereidheid tijdens de duur van de machtiging vervalt. De rechter verleent deze machtiging als de betrokkene gevaar veroorzaakt, en het gevaar niet zonder tussenkomst van personen en instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Er hoeft in dit geval geen sprake te zijn van een causaal verband tussen het gevaar en de geestelijke stoornis.²⁴ Als het verzoek volledig en op de juiste manier is ingediend, beslist de rechter zo spoedig mogelijk op het verzoek. De opname mag niet langer duren dan een jaar en niet korter dan een half jaar na de dagtekening van de machtiging.²⁵

2.3.5 Artikel 60 procedure

Voor bewoners van zwakzinnigen- en verpleeginrichtingen is gekozen voor een aparte procedure, die voorkomt dat de rechter over al die bewoners moet oordelen of een rechterlijke maatregel geïndiceerd is. Voor degenen die geen blijk geven van de nodige bereidheid tot opname en die zich evenmin verzetten tegen opname en verblijf in een zwakzinnigen- of verpleeginrichting, is een opname en verblijf zonder een rechterlijke tussenkomst mogelijk, indien het verzoek daartoe grondig en objectief wordt beoordeeld.²⁶ Deze procedure is in hoofdstuk 8 van de Wet Bopz en in het Zorgindicatiebesluit (Zib) vastgelegd.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) onderzoekt de noodzaak van de opname of het verblijf. Het CIZ stelt binnen zes weken nadat de aanvraag is ingediend een indicatiebesluit

¹⁹ Art. 20 lid 1 en 2 Wet Bopz

²⁰ Hermans & Buijsen 2006, p. 172.

²¹ Art. 24 Wet Bopz

²² Art. 27 Wet Bopz

²³ Art. 30 Wet Bopz

²⁴ Art. 35 lid 1 t/m 5 Wet Bopz

²⁵ Art. 34 lid 1 en 2 Wet Bopz

²⁶ Keurentjes 2002, p. 129.

vast. Als een spoedige verlening van zorg redelijkerwijs noodzakelijk is, wordt het indicatiebesluit binnen twee weken na de aanvraag vastgesteld.²⁷ Op personen die via deze procedure zijn opgenomen zijn bepaalde artikelen uit de Wet Bopz van toepassing.²⁸ Zo moet er voor deze personen ook een behandelingsplan worden opgesteld, kunnen er middelen of maatregelen en dwangverpleging toegepast worden, en hebben zij klachtrecht.

Verzet de betrokkene zich tijdens de behandeling door de indicatiecommissie, dan is een rechterlijke machtiging alsnog nodig. Dit is ook het geval indien ouders onderling van mening verschillen over de noodzaak van een opname en/of een verblijf van hun kind en wanneer de ouders van een verstandelijk gehandicapt kind van mening zijn dat zij het kind thuis kunnen verzorgen terwijl de behandelaar van het kind vindt dat deze in een psychiatrisch ziekenhuis moet worden opgenomen of moet blijven.²⁹

2.4 Interne rechtspositie

In deze paragraaf wordt uiteen gezet hoe de interne rechtspositie van een gedwongen opgenomen persoon is geregeld in de Wet Bopz. De interne rechtspositie van een cliënt bestaat uit de regels inzake zijn rechten en plichten. Allereerst zullen de regels omtrent het behandelingsplan uiteengezet worden. Het behandelingsplan bepaalt grotendeels de vormen van zorg die op een cliënt worden toegepast, het waarborgt daardoor in zekere zin de rechten van een cliënt. Daarom wordt het behandelingsplan in deze paragraaf behandeld. Daarna zal worden ingegaan op wat de Wet Bopz eist ten opzichte van toepassing van dwangbehandeling, middelen en maatregelen, huisregels en individuele beperkingen. Bij het toepassen van deze middelen, en vooral bij de twee eerstgenoemde, wordt inbreuk gemaakt op rechten van de cliënt. Daarom is het gebruik van deze middelen aan strenge regels gebonden. Aan het eind van deze paragraaf wordt ingegaan op het klachtrecht van de cliënt, dat hij kan gebruiken als hij het niet eens is met toepassing van bovengenoemde middelen.

2.4.1 Behandelingsplan

Een behandelingsplan moet zo snel mogelijk nadat de patiënt gedwongen is opgenomen worden opgesteld. Dit komt omdat het erop gericht is de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt is opgenomen, wordt weggenomen. Het opstellen van het behandelingsplan gebeurt door degene die verantwoordelijk is voor de behandeling van de patiënt, maar de verantwoordelijkheid voor de totstandkoming ligt bij de Bopz-arts. Het behandelingsplan dient in overleg met de patiënt tot stand te komen. De voor de behandeling verantwoordelijke persoon pleegt voor het opstellen van het behandelingsplan overleg met de instelling of de psychiater die de patiënt voorafgaande aan zijn opname behandelde of begeleidde, evenals met de huisarts van de patiënt. Mocht de behandelde persoon van oordeel zijn dat de patiënt wilsonbekwaam is, dan pleegt hij overleg met diens wettelijke vertegenwoordiger, of, indien deze ontbreekt, met de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd. Indien ook deze ontbreekt, of niet optreedt, dan wordt overleg gepleegd met de echtgenoot van de patiënt of een ouder, kind, broer of zus van de patiënt. Indien dit overleg niet kan leiden tot overeenstemming over het behandelingsplan, stelt de behandelende persoon de Bopz-arts hiervan op de hoogte. In dat geval kan met betrekking tot de betrokkene geen behandeling worden toegepast. Toepassing is ook niet mogelijk wanneer het overleg weliswaar tot overeenstemming over het behandelingsplan heeft geleid, maar de betrokkene zich daartegen verzet.³⁰

²⁷ Art. 12 Zib

²⁸ Art. 61 lid 1 Wet Bopz

²⁹ Keurentjes 2002, p. 129.

³⁰ Art. 38 lid 1 t/m 4 Wet Bopz

Het behandelingsplan moet aan een aantal eisen voldoen. Het moet de therapeutische middelen bevatten die zullen worden toegepast teneinde een zodanige verbetering van de stoornis van de geestvermogens van de patiënt te bereiken, dat het gevaar op grond waarvan deze in het psychiatrisch ziekenhuis moet verblijven wordt weggenomen. Daarnaast moet het plan zodanig worden opgesteld dat een regelmatige toetsing van de middelen die erin zijn opgenomen aan de bereikte resultaten mogelijk is.³¹

2.4.2 Dwangbehandeling

Het kan zijn dat een patiënt zich verzet tegen een behandelingsplan of dat er geen overeenstemming over het plan is gekomen. Als er dan toch toepassing of gedeeltelijke toepassing van dit plan plaatsvindt, spreekt men van dwangbehandeling. Het gaat hierbij niet alleen om toepassing van middelen of maatregelen, maar over de gehele inhoud van het plan. Aan een dwangbehandeling worden strenge eisen gesteld, omdat dit diep ingrijpt in de interne rechtspositie van de cliënt.

Dwangbehandeling mag slechts uitgevoerd worden ter afwendig van ernstig gevaar voor betrokkene of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens. Alleen het deel van het behandelingsplan dat hierop toeziet, mag uitgevoerd worden. Uit jurisprudentie volgt dat het gevaar zich niet hoeft te openbaren als een acute noodtoestand. Het gevaar kan zich ook voordoen in de vorm van een voortdurende achteruitgang van de betrokkene en wel zodanig dat niet ingrijpen zou leiden tot diens dood, ernstige invaliditeit of onomkeerbare defecten. Agressief gedrag dat de gezondheid van anderen bedreigt, wordt ook als gevaar bestempeld. De jurisprudentie leert dat er rekening gehouden moet worden met de proportionaliteit en subsidiariteit. Dit wil zeggen dat de dwangbehandeling in een redelijke verhouding moet staan tot het gevaar en dat er, indien er alternatieven zijn, gekozen moet worden voor het minst verregaande middel. Daarbij moet bovendien zo veel mogelijk acht geslagen worden op de wensen van de betrokkene. Ten slotte heeft de rechter bepaald dat de dwangbehandeling doelmatig moet zijn en niet langer mag duren dan strikt noodzakelijk is.³²

De inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid moet uiterlijk bij het begin van de dwangbehandeling op de hoogte gesteld worden door de Bopz-arts. Daarbij moet gemeld worden welke personen verantwoordelijk zijn voor de beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan en de redenen die aan die beslissing ten grondslag liggen. Indien de behandeling wordt toegepast terwijl de patiënt zich daartegen verzet, vermeldt de Bopz-arts tevens of de patiënt in staat kan worden geacht gebruik te maken van de klachtregeling. Ook moet de Bopz-arts zo spoedig mogelijk na het begin van een dwangbehandeling hiervan kennis geven aan de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt, of de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd. Als de dwangbehandeling is beëindigd, moet de inspecteur hiervan op de hoogte gesteld worden.³³ De kennisgeving moet via een daartoe door de minister voorgeschreven formulier geschieden. Deze formulieren zijn te vinden in de bijlagen I en II bij de Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz (Rktd BOPZ).³⁴

2.4.3 Middelen of maatregelen

Er zijn verschillende situaties wanneer middelen of maatregelen toegepast kunnen worden. De eerste situatie doet zich voor op een moment zoals dat in het behandelingsplan beschreven is. Indien de middelen of maatregelen in het behandelingsplan beschreven

³¹ Art. 2 Brp BOPZ

³² Hermans & Buijsen 2006, p. 177.

³³ Art. 38 lid 5 en 6 Wet Bopz

³⁴ Art. 39a Wet Bopz jo. Art. 1 lid 1 Rktd BOPZ

staan en de cliënt zich niet verzet op het moment dat het middel of de maatregel uitgevoerd wordt, is er sprake van een 'reguliere' toepassing van middelen of maatregelen (M&M).

Soms is toepassing van middelen en maatregelen echter buiten het behandelingsplan om of ondanks het verzet van een cliënt, noodzakelijk. Middelen en maatregelen mogen alleen buiten het behandelingsplan of met verzet van de cliënt toegepast worden ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de betrokkene in het ziekenhuis als gevolg van de geestelijke stoornis worden veroorzaakt.³⁵ Er wordt dan gesproken over middelen of maatregelen nood (M&M Nood). Deze M&M Nood mogen ten hoogste gedurende zeven opeenvolgende dagen worden toegepast. Binnen deze termijn moet er een nieuw of gewijzigd behandelingsplan worden opgesteld.³⁶ De Bopz-arts moet zo spoedig mogelijk na het begin van de toepassing van de M&M Nood de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger of de naaste (familie)betrekkingen van de betrokkene, en in ieder geval de inspecteur hiervan op de hoogte brengen. Als de M&M Nood is beëindigd, brengt hij de inspecteur zo spoedig mogelijk hiervan op de hoogte. De kennisgeving moet gebeuren door het invullen van de formulieren die te vinden zijn in bijlagen III en IV van de Rktd Bopz.

Er zijn vijf soorten middelen of maatregelen, te weten:

- Afzondering: het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoonskamer,
- Separatie: het voor verzorging, verpleging en behandelingen insluiten van een patiënt niet zijnde een patiënt verblijvend in een verpleeginrichting, in een speciaal daarvoor bestemde en door de minister als separeerverblijf goedgekeurde afzonderlijke ruimte,
- Fixatie: het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden. Dit kan dus ook zijn als de patiënt wordt vastgehouden of als er beddekken gebruikt worden,
- Medicatie: het toedienen van geneesmiddelen aan een patiënt,
- Toediening aan een patiënt van vocht of voeding.³⁷

2.4.4 Huisregels

Het bestuur van het ziekenhuis draagt er zorg voor dat een gedwongen opgenomen patiënt, diens echtgenoot, wettelijke vertegenwoordiger evenals de naaste (familie)betrekkingen zo spoedig mogelijk na zijn opname in het bezit worden gesteld van een schriftelijk overzicht van de in het ziekenhuis geldende huisregels. In dit overzicht wordt telkens aangegeven bij wie de patiënt de aanspraak op zijn recht geldend kan maken.³⁸ De huisregels mogen geen andere regels bevatten dan nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in het psychiatrisch ziekenhuis. De regels mogen de vrijheid van handelen van de patiënt niet verder beperken dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is.³⁹ De huisregels gelden voor alle patiënten binnen het ziekenhuis, dus niet alleen voor de onvrijwillig opgenomen personen. Er mogen geen individuele regels in de huisregels staan.⁴⁰ Uiteraard mogen de huisregels geen middelen of maatregelen bevatten. Zij mogen volgens de Nota van Toelichting van het Brp BOPZ ook geen beperkingen aanbrengen die samenhangen met de kwaal van de patiënt, ook al betreft het een groot aantal patiënten. Ten slotte mogen huisregels geen inbreuk maken op wettelijke patiëntenrechten.⁴¹

³⁵ Art. 39 lid 1 Wet Bopz

³⁶ Art. 3 Bmm BOPZ

³⁷ Art. 2 Bmm BOPZ

³⁸ Art. 37 lid 1 Wet Bopz jo. Art. 4 Brp BOPZ

³⁹ Art. 37 lid 1 Wet Bopz jo. Art. 3 Brp BOPZ

⁴⁰ Keurentjes 2002, p. 84 en 85.

⁴¹ Leenen, Gevers & Legemaate 2011, p. 305.

2.4.5 Individuele beperkingen

De Wet Bopz kent enkele beperkingen die aan onvrijwillig opgenomen patiënten opgelegd kunnen worden. Zo kunnen de poststukken die gericht zijn aan of afkomstig van een patiënt in diens aanwezigheid worden onderworpen aan een controle op meegezonden voorwerpen. Ook beperkingen in het recht op het ontvangen van bezoek, in het recht op vrij telefoonverkeer en in het recht op bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis overeenkomstig de geldende huisregels, kunnen worden opgelegd. Dit kan echter alleen als de voor de behandeling verantwoordelijke persoon vindt dat anders gevreesd wordt voor ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt, ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van het plegen van strafbare feiten. Van de drie laatstgenoemde beperkingen moet de Bopz-arts onmiddellijk op de hoogte gesteld worden.⁴² Voordat een beslissing inzake de beperkingen plaatsvindt, wordt de betrokkene in de gelegenheid gesteld zijn zienswijze naar voren te brengen. Van deze hoorplicht kan worden afgezien als de betrokkene wilsonbekwaam is. In dat geval wordt zo mogelijk de echtgenoot van de betrokkene, diens wettelijke vertegenwoordiger of de naaste (familie)betrekking gehoord.⁴³

2.4.6 Klachtrecht

In de Wet Bopz is geregeld dat een betrokken patiënt, elke andere in het ziekenhuis verblijvende patiënt, diens echtgenoot, ouders dan wel een van hen, elke meerderjarige bloedverwant in rechte lijn niet zijnde een ouder, broer of zus, voogd, curator of mentor een schriftelijke klacht kan indienen bij het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis. De klacht kan in het kader van de Wet Bopz enkel gaan over wilsonbekwaamheid, dwangbehandeling, middelen of maatregelen, individuele beperkingen of niet-toepassing van het overeengekomen behandelingsplan. Het bestuur van het ziekenhuis belast een commissie met de behandeling van en de beslissing op deze klachten. De klachtencommissie wordt zo vastgesteld, dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op de klacht te allen tijde is gewaarborgd.

De klacht moet zodanig behandeld worden, dat een zorgvuldige beslissing op de klacht is gewaarborgd. De behandeling van de klacht geschiedt in overeenstemming met een door het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis te treffen regeling die in ieder geval waarborgt dat:

- Aan de behandeling van een klacht niet wordt deelgenomen door een persoon tegen wiens beslissing of besluit de klacht is gericht,
- De klager en de persoon tegen wiens beslissing of besluit de klacht is gericht in staat worden gesteld te worden gehoord,
- De klager en de persoon tegen wiens beslissing of besluit de klacht is gericht, zich kunnen doen bijstaan door hen aan te wijzen personen,
- De persoonlijke levenssfeer van de betrokkene zoveel mogelijk wordt beschermd.

Een klacht moet door ten minste drie leden van een klachtencommissie behandeld worden, waaronder een voorzitter die niet werkzaam is bij of voor het psychiatrisch ziekenhuis. Bij de behandeling van een klacht in het geval van Stichting Prisma is in ieder geval betrokken een jurist en een orthopedagoog.⁴⁴

Het adres waar een klacht moet worden ingediend, wordt door de zorg van de Bopz-arts door een schriftelijke mededeling op de daarvoor in aanmerking komende plaatsen in het ziekenhuis bekendgemaakt. Eveneens wordt op die plek bekend gemaakt waar het

⁴² Art. 40 lid 1 t/m 5 Wet Bopz

⁴³ Hermans & Buijsen 2006, p. 179.

⁴⁴ Art. 2 t/m 4 Bkb BOPZ

klachtrecht van het psychiatrisch ziekenhuis ter kennis kan worden genomen. De commissie kan de beslissing waartegen de klacht is gericht, schorsen. De klacht kan buiten behandeling worden gelaten, indien een gelijke klacht nog in behandeling is. De commissie geeft binnen twee weken na ontvangst van de klacht een met redenen omklede beslissing op de klacht of van het niet in behandeling nemen daarvan. De klager, de betrokken patiënt, de behandelende persoon, de Bopz-arts, het bestuur en de inspecteur moeten op de hoogte gesteld worden over deze beslissing. Indien het een klacht betreft tegen een beslissing die ten tijde van de indiening geen gevolg meer heeft of waaraan in de tijd dat de klacht bij de commissie aanhangig is het gevolg is komen te vervallen, geeft de commissie binnen vier weken na ontvangst van de klacht een beslissing. De beslissing van de commissie strekt tot onbevoegdverklaring van de commissie, niet-ontvankelijkheid van de klacht, ongegrondverklaring van de klacht of gegrondverklaring van de klacht. Indien de commissie de klacht gegrond verklaart, vernietigt zij de bestreden beslissing geheel of gedeeltelijk. Indien de commissie de klacht gegrond verklaart, kan zij de voor de behandeling verantwoordelijke persoon opdragen een nieuwe beslissing te nemen of een andere handeling te verrichten met inachtneming van haar beslissing. Hierbij kan de klachtencommissie een termijn stellen.⁴⁵

Indien de commissie niet tijdig een beslissing heeft genomen of indien de beslissing van de commissie niet inhoudt dat de klacht gegrond is, kan de klager de inspecteur schriftelijk vragen een verzoekschrift bij de rechter in te dienen ter verkrijging van een beslissing over de klacht. Indien de klager de patiënt is, kan hij hiertoe zelf een verzoekschrift bij de rechter indienen.⁴⁶

⁴⁵ Art. 41 Wet Bopz jo. Art. 5 Bkb BOPZ

⁴⁶ Art. 41a lid 1 en 5 Wet Bopz

3. Wat is het beleid van Stichting Prisma met betrekking tot de vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht en is dit in overeenstemming met de regels uit de Wet Bopz?

In dit hoofdstuk zal in worden gegaan op de manier waarop in het beleid van Stichting Prisma gesproken wordt over vrijheidsbenemende maatregelen en het klachtrecht. Ook wordt besproken of dit beleid overeenkomt met de regels die voortvloeien uit de Wet Bopz. Regels die volgen uit jurisprudentie zijn hierbij nauwelijks betrokken. Daar is wel naar gezocht, maar er zijn, behalve uit de in het vorige hoofdstuk aangehaalde jurisprudentie, geen algemene regels of criteria af te leiden uit de onderzochte jurisprudentie. Verder is er vooral veel jurisprudentie te vinden die betrekking heeft op de externe rechtspositie, en niet over de interne rechtspositie, waarop dit hoofdstuk betrekking heeft. Tevens blijkt dat het niet goed mogelijk is om inzicht te krijgen in Bopz-gerelateerde jurisprudentie. Er bestaat geen vrij toegankelijk landelijk systeem waarin de volledige jurisprudentie omtrent maatregelen in het kader van de Wet Bopz kan worden ingezien.⁴⁷

De regels uit de Wet Bopz die in dit hoofdstuk behandeld worden, hebben alleen betrekking op Bopz-geïndiceerde cliënten die verblijven in Bopz-aangewezen locaties van Prisma. Stichting Prisma behandelt alle cliënten hetzelfde als het gaat om toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Haar beleid geldt dus voor alle cliënten, ook de personen die vrijwillig zijn opgenomen.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt de visie van Stichting Prisma ten opzichte van vrijheidsbeperkende maatregelen besproken. Daarna zal in die paragraaf worden ingegaan op het behandelingsplan, omdat dit plan een belangrijke rol speelt bij het signaleren en registreren van vrijheidsbeperkende maatregelen. Vervolgens zal worden ingegaan op het beleid van Stichting Prisma over dwangbehandeling, middelen of maatregelen regulier en middelen of maatregelen nood, waarna het beleid van Prisma over de verschillende soorten middelen en maatregelen besproken zal worden. Ter afsluiting van de eerste paragraaf, wordt het beleid van Prisma met betrekking tot de registratie van deze middelen uiteengezet. De tweede, tevens laatste, paragraaf van dit hoofdstuk zal ingaan op het beleid van Prisma ten aanzien van het klachtrecht. Bij alle hierboven genoemde onderwerpen, worden de regels uit de Wet Bopz vergeleken met het beleid van Stichting Prisma. In bijlagen is een overzicht gevoegd, waarin te zien is op welke punten in dit onderzoek is beoordeeld.⁴⁸ Hierdoor ontstaat er een antwoord op de tweede deelvraag van dit onderzoek.

3.1 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Vrijheidsbeperking, vrijheidsbeneming en dwangbehandeling raken de interne rechtspositie van een cliënt en zijn daarom begrippen die niet binnen de visie van Stichting Prisma passen. Er zijn echter situaties denkbaar waarbij de cliënt geen toestemming wil of kan geven, maar waar een handeling die de vrijheid beperkt wel noodzakelijk is ter bescherming van de cliënt of anderen. Stichting Prisma is van mening dat er een maximale poging ondernomen moet worden om te voorkomen dat deze vormen van vrijheidsbeperkende zorg en behandeling toegepast worden. Binnen Prisma wordt daarom de Beleidsnota Vrijheidsbeperkende Middelen gehanteerd.⁴⁹ Ook zijn er, aansluitend op deze beleidsnota, protocollen opgesteld die beschrijven in welke situatie en op welke manier de middelen en maatregelen toegepast moeten worden. Ten aanzien van het opstellen van het behandelingsplan, is er een speciale handleiding die hierbij gehanteerd wordt.

⁴⁷ E. Stikker e.a., 'De rechter volgt de psychiater; een onderzoek naar de jurisprudentie over Bopz-aanvragen en -beslissingen in Nederland', *Tijdschrift voor psychiatrie* 2008, p. 567 - 577.

⁴⁸ Bijlage I, *Schema's beleid Stichting Prisma vs. Wet Bopz*

⁴⁹ Bijlage II, *Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen*

3.1.1 Behandelingsplan

Binnen Stichting Prisma wordt het behandelingsplan het Persoonlijk Ondersteuningsplan (POP) genoemd. Voor iedere cliënt wordt een POP opgesteld, dus ook voor cliënten die niet onder de Bopz-regelgeving vallen. Elke toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel wordt in het POP geregistreerd. Het behandelingsplan moet volgens de Wet Bopz aan een aantal eisen voldoen. Voor het opstellen en bijhouden van het POP is binnen Prisma de Praktische handleiding bij het maken en werken met een POP⁵⁰ van toepassing.

In deze handleiding komen een paar punten uit de Wet Bopz niet terug⁵¹, maar daartegenover staat dat in de handleiding van Prisma op sommige punten strengere eisen aan het POP worden gesteld dan in de Wet Bopz staat. Dit is geen probleem, want op deze manier worden de rechten van de cliënten op de betreffende punten nog beter gewaarborgd. Zo moet een behandelingsplan volgens de Wet Bopz zo snel mogelijk opgesteld worden. Binnen Prisma is hier een termijn aan gebonden, namelijk dat dit binnen zes weken moet gebeuren. Ook wordt binnen het beleid van Stichting Prisma en in de handleiding over het POP een prominente rol toegekend aan het multidisciplinair overleg (MDO).

De punten uit de Wet Bopz die in de handleiding over de opstelling van het POP niet terug komen, zijn de volgende. Ten eerste is niet terug te vinden dat er overleg met de huisarts van de patiënt en met de instelling of de psychiater die de patiënt voorafgaande aan zijn opname behandelt of begeleidt, plaats moet vinden. De handleiding van Prisma heeft het over “andere betrokkenen” als het gaat om het verzamelen van gegevens over de cliënt.⁵² Wellicht wordt met die zinsnede de huisarts, instelling of psychiater bedoeld. Dit is echter niet duidelijk. Het is daarom aan te bevelen om de boven genoemde punten uit de Wet Bopz over te nemen en aan te vullen in de handleiding. Het tweede is dat de verantwoordelijkheid voor de Bopz-arts ontbreekt. Uit navraag blijkt dat bij Prisma de teamleider eindverantwoordelijk is voor het POP. Afhankelijk van het soort zorg dat een cliënt nodig heeft, kan dit naast de teamleider ook de behandelaar zijn. Dit is dus niet in overeenstemming met wat in de Wet Bopz staat. Dit moet in het beleid van Prisma veranderd worden. Het advies is om duidelijk in de handleiding over het opstellen van het POP te zetten dat de Bopz-arts eindverantwoordelijk hiervoor is. Ook moet dit intern gecommuniceerd worden, zodat iedereen hiervan op de hoogte is. Ten slotte ontbreekt in de handleiding de regel dat, indien er geen overeenstemming is over het POP, dit gemeld moet worden aan de Bopz-arts. Het is aan te bevelen om deze regel wel op te nemen in de handleiding. Als er op dit moment geen overeenstemming over een POP te bereiken is, weten medewerkers namelijk waarschijnlijk niet wat zij dan moeten doen en wordt het daarom niet altijd gemeld aan de Bopz-arts, terwijl de regels uit de Wet Bopz voorschrijven dat dit wel moet gebeuren bij een cliënt met een Bopz-indicatie.

3.1.2 Dwangbehandeling

Ook binnen Prisma komt het wel eens voor dat er dwangbehandeling plaatsvindt. Wat Stichting Prisma in haar beleidsnota over dwangbehandeling vast heeft staan, komt overeen met wat in de Wet Bopz staat. Zie ook het schema in de bijlagen.⁵³ Het enige wat ontbreekt, is de eis die uit de jurisprudentie volgt die ook in het vorige hoofdstuk benoemd is, namelijk dat een dwangbehandeling niet langer mag duren dan strikt noodzakelijk is. Er wordt in de beleidsnota wel gesteld dat wanneer het ernstige gevaar is afgewend, het beoogde doel dan is bereikt en de dwangbehandeling dus beëindigd moet worden. Om te benadrukken dat een dwangbehandeling een stevige inbreuk is op de vrijheid van een cliënt en dat hier voorzichtig mee om moet worden gegaan, is het aan te bevelen de genoemde zinsnede uit

⁵⁰ Bijlage III, *Praktische handleiding bij het maken en werken met een POP*

⁵¹ Bijlage I, *Schema's beleid Stichting Prisma vs. Wet Bopz*

⁵² Bijlage III, *Praktische handleiding bij het maken en werken met een POP*, p.15.

⁵³ Bijlage I, *Schema's beleid Stichting Prisma vs. Wet Bopz*

de jurisprudentie over te nemen in de beleidsnota. Wat ook opvalt, is dat in de beleidsnota een overzicht wordt gegeven van Bopz-gegevens die instellingen schriftelijk aan de inspectie moeten melden.⁵⁴ In dit overzicht ontbreekt de dwangbehandeling. Voor de volledigheid en helderheid van dit overzicht is het verstandig om de term “dwangbehandeling” hieraan toe te voegen.

In de Beleidsnota Vrijheidsbeperkende maatregelen wordt gesteld dat een uiting van verzet vormvrij is. Volgens de beleidsnota kan men afleiden uit de gedragingen of uit de verbale uitlatingen van een cliënt of deze zich verzet. Ook wordt geschreven dat het aanbeveling verdient om bij het toetsen van dwangbehandeling ook het oordeel van deskundigen van buiten het behandelingsplan te betrekken.⁵⁵ Over deze zaken wordt in de Wet Bopz niet gesproken, het zijn dus aanvullingen die door Stichting Prisma zelf aan het beleid zijn toegevoegd. Hierdoor wordt benadrukt dat Prisma zeer strenge eisen stelt aan een dwangbehandeling.

3.1.3 Middelen of maatregelen regulier

In de beleidsnota is een stappenplan opgenomen dat gevolgd wordt bij de toepassing van M&M.⁵⁶ Volgens het stappenplan kan een M&M alleen toegepast worden, indien sprake is van onaanvaardbare risico's als er niet op korte termijn ingegrepen wordt. Verder wordt een MDO gevoerd alvorens een M&M toe te passen. Er wordt binnen Prisma geregistreerd dat de toepassing heeft plaatsgevonden en de bijbehorende formulieren worden bij het POP gevoegd. Één keer per drie maanden wordt een evaluatie gehouden over toegepaste M&M.

Wat opvalt, is dat in het stappenplan staat dat er geprobeerd moet worden om toestemming te krijgen van een cliënt of wettelijk vertegenwoordiger bij toepassing van een M&M. Het gaat hierbij dus om de situatie dat het middel of de maatregel nog niet in het POP is opgenomen. Uit navraag blijkt dat dit in de praktijk redelijk vaak voorkomt. Indien sprake is van onaanvaardbare risico's op korte termijn die niet in het POP beschreven staan, wordt dus eerst geprobeerd om de M&M met toestemming van de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger wel onderdeel van het POP uit te laten maken. Uit navraag blijkt echter dat in de praktijk vaak geen tijd is om met een cliënt en/of vertegenwoordiger het hele POP opnieuw te bespreken of aan te passen. Daarom is het soms nodig om alleen voor het toe te passen middel of de toe te passen maatregel toestemming te verkrijgen. De M&M kan op dat moment uitgevoerd worden met toestemming, waardoor het geen M&M Nood wordt, en achteraf wordt het POP aangepast. Dit is dus een tussenoplossing die uitgevoerd kan worden om toch met instemming van de cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger, en dus volgens de Wet Bopz, een M&M toe te passen. Indien de cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger geen toestemming geeft, wordt de M&M niet toegepast. In die situatie moet dus gekeken worden of er alternatieven zijn die toegepast kunnen worden voor het terugdringen van het onaanvaardbare risico.

Het beleid met betrekking tot M&M is op de juiste manier beschreven. Er is zelfs een extra tussenweg ingevoerd, waardoor zoveel mogelijk M&M met toestemming van de cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger toegepast kunnen worden.

3.1.4 Middelen of maatregelen nood

Wat opvalt in de beleidsnota is dat er verschillende keren over M&M Nood gesproken wordt, met steeds verschillende eisen. Bij de algemene uitleg wordt het criterium uit de Wet Bopz gebruikt.⁵⁷ Dit criterium houdt in dat M&M Nood alleen mogen worden toegepast ter

⁵⁴ Bijlage II, *Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen*, p. 14.

⁵⁵ Bijlage II, *Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen*, p. 27.

⁵⁶ Bijlage II, *Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen*, p. 18.

⁵⁷ Bijlage II, *Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen*, p. 9.

overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis als gevolg van de stoornis van de geestvermogens worden veroorzaakt.⁵⁸ Ten behoeve van de eenduidigheid in de beleidsnota is het verstandig om hier elke keer hetzelfde criterium dan de Wet Bopz te noemen, dat op dit moment al bij de algemene uitleg van de M&M Nood te vinden is.

Voor de toepassing van M&M Nood is door Prisma, net als voor toepassing van een M&M, een stappenplan opgesteld.⁵⁹ Ook in dit stappenplan staat dat er schriftelijke toestemming voor de toepassing van de M&M Nood nodig is. Er wordt in dit geval dus eerst geprobeerd om van de M&M Nood een M&M te maken, zodat de cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger het eens is met het middel of de maatregel en deze in het POP opgenomen kan worden. Hetzelfde traject als bij het stappenplan van een M&M wordt hier gevolgd. Ter afsluiting van de toepassing van M&M Nood staat in het stappenplan dat binnen zeven dagen de noodsituatie opheffen moet zijn middels een MDO. Ook staat er wie er verantwoordelijk is voor het doorsturen van het registratieformulier naar de Inspectie en wie en op welke manier het formulier wordt toegevoegd aan het POP. Wanneer een M&M Nood moet worden toegepast op een cliënt die vrijwillig is opgenomen, moet er een juridische opnamestatus, dus een inbewaringstelling, rechterlijke machtiging of artikel 60 procedure, aangevraagd worden.⁶⁰ M&M Nood mogen namelijk niet toegepast worden op cliënten die niet Bopz-geïndiceerd zijn.

Het beleid over M&M Nood wordt op de juiste manier beschreven, er wordt zelfs nog extra geprobeerd om van een M&M Nood een M&M te maken, door het verkrijgen van toestemming van de cliënt of de vertegenwoordiger. Door deze manier van werken wordt de cliënt extra gehoord, maar het heeft ook voordelen voor Stichting Prisma. Als van een M&M Nood een M&M gemaakt kan worden, scheelt dit administratief werk voor Prisma. Een M&M hoeft namelijk niet gemeld te worden aan de inspectie. Daarnaast wonen er veel cliënten op vrijwillige basis bij Stichting Prisma. Elke keer dat een M&M Nood wordt toegepast op deze cliënten, moet er een juridische opnamestatus aangevraagd worden. Voor toepassing van M&M hoeft dit niet.

3.1.5. Soorten middelen of maatregelen

Stichting Prisma hanteert een non-fixatiebeleid. Dit beleid is gericht op het voorkomen en terugdringen van het toepassen van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen. Deze, voor de cliënt, ingrijpende maatregelen dienen zoveel mogelijk voorkomen te worden. Stichting Prisma hanteert maar vier van de vijf middelen of maatregelen. Prisma heeft geen separeerruimtes, zodat separatie niet uitgevoerd wordt. Voor Prisma geldt dat de toepassing van elk middel of elke maatregel ongewenst en risicovol is. De inzet van deze maatregelen wordt door Prisma dan ook gezien als ultimum remedium. Dit blijkt ook in de praktijk. Er zijn verschillende locaties bezocht en ook hier was de algemene moraal dat men de middelen en maatregelen liefst niet gebruikt, maar oplossing voor problemen zoekt in goede communicatie met en bejegening van de cliënt. Voor toepassing van de middelen en maatregelen dient men te voldoen aan de, in de beleidsnota en de protocollen, vastgestelde criteria. Hieronder volgt een opsomming van de vier middelen of maatregelen die Stichting Prisma toepast, waarbij wordt vergeleken of de protocollen die hierbij opgesteld zijn overeenkomen met de regels uit de Wet Bopz en de daarbij horende besluiten. De vier middelen of maatregelen zijn:

- Afzondering,
- Fixatie,
- Toediening van medicatie,

⁵⁸ Art. 39 lid 1 Bopz

⁵⁹ Bijlage II, *Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen*, p. 19.

⁶⁰ Bijlage II, *Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen*, p. 20.

- Toediening van vocht of voeding.

De algemene conclusie is dat de protocollen voor een wezenlijk deel overeenkomen met de Wet Bopz. Enkele verschillen worden hieronder besproken. De protocollen zijn duidelijk en overzichtelijk opgesteld en de procedures met betrekking tot de toepassing van het middel of de maatregel worden uitgebreid beschreven. Ter verduidelijking, als een middel of maatregel wordt toegepast vanwege een somatische aandoening, valt deze niet onder de Wet Bopz. In bijlage VI is een schema opgenomen waarin te vinden is waar welke regel uit de Wet Bopz en bijbehorende besluiten terug te vinden is in het beleid van Stichting Prisma.⁶¹

3.1.5.1 Afzondering

Het Afzonderingsruimte protocol⁶² moet gevolgd worden wanneer afzondering toegepast wordt. Wat opvalt aan het protocol is dat de definitie uit de Wet Bopz wordt gebruikt, maar dat daarbij de zinsnede “het voor verzorging, verpleging en behandeling...” uit de Wet Bopz, niet wordt genoemd. De volledige definitie is namelijk “het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoonskamer”.⁶³ Voor toepassing van afzondering is dit echter niet relevant, waardoor het niet van belang is of het protocol op dit punt veranderd wordt. Verder worden alle eisen uit de Wet Bopz met betrekking tot afzondering in het protocol en/of in de beleidsnota beschreven.

3.1.5.2 Fixatie

Wanneer fixatie wordt toegepast, moet het Fixatie protocol⁶⁴ worden gevolgd. Wat opvalt, is dat de definitie van fixatie in dit protocol, niet overeenkomt met hoe die in de Wet Bopz staat. In het protocol is de definitie van fixatie enger geformuleerd dan in de wet. In het protocol staat namelijk dat fixeren het op één of andere manier beperken van een cliënt in zijn directe lichamelijke bewegingsvrijheid is. In de Wet Bopz wordt gesproken over het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden.⁶⁵ Het is daarom aan te raden om de zinsnede uit de wet hier over te nemen, zodat medewerkers weten dat ook beperkingen in de bewegingsvrijheid die niet direct lichamenlijk zijn, fixatie kan betekenen. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het op de rem zetten van een rolstoel, zodat een cliënt niet weg kan. Omdat op dit moment het begrip fixatie te eng wordt omschreven, kan het zijn dat niet alle daadwerkelijke toepassingen van fixatie worden gemeld, omdat men niet weet dat ook andere beperkingen in de bewegingsvrijheid van de cliënt gemeld dienen te worden. Verder komen alle eisen die gesteld zijn in de Wet Bopz met betrekking tot fixatie terug in het Fixatie protocol van Stichting Prisma. Er worden sinds 2011 geen onrustbanden meer gebruikt binnen Prisma, dit is een goede ontwikkeling in het terugdringen van middelen en maatregelen.

3.1.5.3 Toediening medicatie

Bij de toediening van medicatie is binnen Stichting Prisma het Medicatie ongewild toedienen protocol⁶⁶ van toepassing. Alle regels uit de Wet Bopz en de bijbehorende besluiten zijn hierin opgenomen, zie ook het schema in de bijlage.⁶⁷

⁶¹ Bijlage I, *Schema's beleid Stichting Prisma vs. Wet Bopz*

⁶² Bijlage IV, *Afzonderingsruimte protocol*

⁶³ Art. 2 onder a Bmm BOPZ

⁶⁴ Bijlage V, *Fixatie protocol*

⁶⁵ Art. 2 onder c Bmm BOPZ

⁶⁶ Bijlage VI, *Medicatie ongewild toedienen protocol*

⁶⁷ Bijlage I, *Schema's beleid Stichting Prisma vs. Wet Bopz*

3.1.5.4 Toediening vocht of voeding

Op de toediening van vocht of voeding is binnen Prisma het Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol van toepassing.⁶⁸ Bij bestudering van dit protocol is gebleken dat alle regels uit de Wet Bopz en de bijbehorende besluiten hierin zijn opgenomen. Zie ook het schema in de bijlage.⁶⁹

3.1.6 Registratie

Alle dwangbehandelingen en toegepaste M&M Nood moeten gemeld worden aan de inspectie. In deze paragraaf wordt toegelicht hoe dwangbehandeling en middelen en maatregelen bij Stichting Prisma geregistreerd worden.

Binnen Stichting Prisma is de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk betreffende het beleid vrijheidsbeperkingen. De Raad van Bestuur heeft taken voortvloeiend uit de Wet Bopz aan de commissie Medewerkersveiligheid, Incidentmelding en Cliëntveiligheid (MIC) gedelegeerd. Verder is er bij Prisma een commissie Vrijheidsbeperkende Middelen, die toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen probeert terug te dringen door middel van overleg, evaluatie en registratie. In de Beleidsnota Vrijheidsbeperkende maatregelen heeft Stichting Prisma vastgesteld dat bij aanvang van een vrijheidsbeperking, een zogenoemd “registratieformulier situatie bij aanvang van de vrijheidsbeperking” onder de verantwoordelijkheid van de teamleider wordt ingevuld. Dit formulier wordt ondertekend door de teamleider, Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) en de gedragskundige en naar de voorzitter van de commissie cliëntveiligheid gestuurd. Deze beoordeelt het formulier op volledigheid en zet, indien nodig, acties uit in het kader van de uitvoering van de Wet Bopz. De voorzitter draagt zorg voor accorderen en afstemming met de Bopz-arts en stuurt een door de Bopz-arts getekend exemplaar van de registratie naar de teamleider terug voor toevoeging aan het POP. Bij beëindiging van een vrijheidsbeperking wordt een “registratieformulier situatie bij beëindiging van de vrijheidsbeperking” ingevuld onder verantwoordelijkheid van de teamleider. Dit formulier wordt ondertekend door de teamleider, de AVG en de gedragskundige, en naar de voorzitter van de commissie cliëntveiligheid gestuurd. Deze beoordeelt het formulier op volledigheid en zet, indien nodig, acties uit in het kader van de uitvoering Wet Bopz. Verder draagt hij zorg voor accorderen en afstemming met de Bopz-arts en stuurt hij een door de Bopz-arts getekend exemplaar van de registratie naar de teamleider terug voor toevoeging aan het POP.

Deze registratie gebeurt bij elke vorm van een vrijheidsbeperkende maatregel, ook als deze in het POP staat beschreven en de cliënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger dus toestemming heeft gegeven om in bepaalde gevallen een vrijheidsbeperking toe te passen of als de cliënt geen blijk van verzet toont bij toepassing van een middel of maatregel. Uit deze extra registratie blijkt dat Stichting Prisma veel waarde hecht aan het in kaart brengen en terugdringen van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. De hierboven genoemde registratieformulieren zijn enkel voor intern gebruik. Indien het nodig is om ook een formulier naar de inspectie te sturen, worden de in de Wet Bopz voorgeschreven formulieren gebruikt. Zoals al eerder is vermeld, zijn niet alle locaties van Prisma aangemerkt als Bopz-instellingen. Voor alle locaties van Stichting Prisma geldt echter, dat toegepaste vrijheidsbenemende maatregelen geregistreerd en geëvalueerd worden. Van alle dwangbehandelingen, toepassing van middelen of maatregelen, fysieke vrijheidsbeperkingen en ruimtelijke beperkingen bij individuele cliënten wordt centraal een register bijgehouden. De voorzitter van de commissie cliëntveiligheid beheert dit register. Één keer per drie maanden worden de in het register opgenomen vrijheidsbeperkingen geëvalueerd. Deze evaluatie wordt aangestuurd door de voorzitter van het MIC onder

⁶⁸ Bijlage VII, *Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol*

⁶⁹ Bijlage I, *Schema's beleid Stichting Prisma vs. Wet Bopz*

verantwoordelijkheid van de sector- of district manager. Bij de evaluatie worden de volgende aspecten betrokken:

- Doel en noodzaak van middelen en maatregelen en beperkingen,
- Uitvoering, frequentie en duur,
- Beoogd effect en invloed op de cliënt,
- Zoeken naar alternatieven,
- Mogelijke afbouw van middelen en maatregelen.

De evaluatie richt zich op het afbouwen van de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.⁷⁰

3.2 Klachtrecht

Stichting Prisma is samen met een aantal andere zorgaanbieders aangesloten bij de Regionale klachtencommissie WKCZ en Bopz. De andere zorgaanbieders die hierbij zijn aangesloten, zijn Amarant, S&L Zorg, SDW, SOVAK, OCB Orthopedagogisch Centrum Brabant, Belvertshoeve, ASVZ Zuid en Zorgboerderij Chaamdijk. Het Reglement van de klachtencommissie waarbij Stichting Prisma is aangesloten, is volledig en helder. In de bijlagen⁷¹ zit een schema waar te vinden waar elke regel uit de Wet Bopz in het Reglement van de klachtencommissie terug is te vinden. In dat schema is te zien dat er een paar regels uit de Wet Bopz in het klachtreglement ontbreken. Dit betreffen enkel zaken die weliswaar niet in het Reglement staan, maar waarvan dit niet hoeft te betekenen dat ze daarom niet op de juiste manier worden uitgevoerd. Voor de duidelijkheid en transparantie naar de klagers toe, is het wellicht verstandig om de punten uit de Wet Bopz die ontbreken, toch op te nemen in het Reglement van de klachtcommissie.

Ook in de beleidsnota wordt het klachtrecht beschreven.⁷² Wat in de beleidsnota staat komt niet overeen met wat in het Reglement van de klachtencommissie staat. Het is onduidelijk waar deze regels vandaan komen en waarom deze regels, en niet die van het Reglement, in de beleidsnota staan. Het advies is om het hoofdstuk klachtbehandeling, dat op dit moment in de beleidsnota staat, te verwijderen en te vervangen door het, Reglement van de klachtencommissie, wellicht aangevuld met de regels uit de Wet Bopz die op dit moment nog ontbreken in het reglement.

⁷⁰ Bijlage II, *Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen*, p. 13.

⁷¹ Bijlage I, *Schema's beleid Stichting Prisma vs. Wet Bopz*

⁷² Bijlage II, *Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen*, p. 15 t/m 17.

4. Wat houdt de Wet Zorg en dwang in met betrekking tot de vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht?

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de inhoud van de Wet Zorg en dwang in het kader van vrijheidsbenemende maatregelen en het klachtrecht. Hierdoor wordt de derde deelvraag van het onderzoek beantwoord. Het is van belang om te weten wat deze wet inhoudt. Vanuit daar kan namelijk beredeneerd worden wat Stichting Prisma moet veranderen in haar beleid om aan de regels van de Wet Zorg en dwang te voldoen. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de achtergrond van de Wet Zorg en dwang. Daarna wordt in de tweede paragraaf uiteengezet wat de Wet Zorg en dwang verstaat onder vrijheidsbeperkende maatregelen en hoe deze toegepast en geregistreerd moeten worden. Vervolgens wordt het klachtrecht zoals dat geregeld is onder de Wet Zorg en dwang uiteengezet. Ten slotte wordt in de laatste paragraaf ingegaan op twee begrippen die voor Stichting Prisma geïntroduceerd worden bij de invoering van de Wet Zorg en dwang, namelijk de cliëntenvertrouwenspersoon en het mentorschap.

Dit hoofdstuk en het volgende hoofdstuk hebben betrekking op alle cliënten die op een locatie van Stichting Prisma wonen of verblijven. Hierover in de eerste paragraaf, onder het kopje “reikwijdte”, meer.

4.1 Achtergrond Wet Zorg en dwang

Zoals vermeld in de inleiding van dit onderzoek, gaat de Wet Bopz deels vervangen worden door de Wet Zorg en dwang. Met de invoering van de Wet Zorg en dwang komt er een uniforme regeling voor het verlenen van zorg aan mensen met een psychogeriatrische aandoening, vaak dementie, of een verstandelijke beperking. In de Wet Zorg en dwang is geregeld welke bevoegdheden een zorgaanbieder heeft en welke rechten de cliënt heeft, en hoe deze bevoegdheden en rechten kunnen worden gebruikt.⁷³ In tegenstelling tot de Wet Bopz wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen vrijwillig en onvrijwillig opgenomen cliënten.

In de Wet Zorg en dwang wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds de opname, die alleen in daartoe geregistreeerde accommodaties kan plaatsvinden, en anderzijds het zorgproces zelf, waarin het nodig kan zijn iemand tegen zijn wil te verzorgen of in zijn vrijheid te beperken.⁷⁴ Als het gaat om de externe rechtspositie blijft er voor mensen die niet (meer) willens en wetens kunnen instemmen met opname, maar zich daar ook niet tegen verzetten, een extra opnametoets gelden die door het CIZ wordt uitgevoerd. Cliënten die zich wel verzetten tegen een opname kunnen uitsluitend via de rechter of, in een crisissituatie, via een inbewaringstelling van de burgemeester worden opgenomen. In die gevallen is het niet langer de officier van justitie, maar het CIZ dat de bevoegdheid heeft om de rechter om een machtiging tot opname en verblijf te verzoeken.⁷⁵

4.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen

In deze paragraaf worden allereerst de nieuwe begrippen onvrijwillige zorg en ernstig nadeel uitgelegd. Daarna wordt ingegaan op het zorgplan, wat onder de Wet Zorg en dwang een belangrijke pijler is met betrekking tot de toepassing en registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen. Ten slotte zal worden ingegaan op de regels die volgen uit de Wet Zorg en dwang met betrekking tot de registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen.

⁷³ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 1.

⁷⁴ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 6 en 16.

⁷⁵ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 1.

4.2.1 Onvrijwillige zorg

Dwang wordt in de Wet Zorg en dwang aangeduid met onvrijwillige zorg.⁷⁶ Onder onvrijwillige zorg in de Wet Zorg en dwang wordt verstaan zorg waarmee de cliënt of vertegenwoordiger niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich verzet en die zich richt op:

- Het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening,
- Maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden of,
- Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten.

Met onvrijwillige zorg wordt gelijkgesteld:

- Het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, ook wanneer de cliënt of zijn vertegenwoordiger hiermee heeft ingestemd of wanneer de cliënt zich niet verzet, of
- Een maatregel die tot gevolg heeft dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, ook wanneer de cliënt of zijn vertegenwoordiger hiermee heeft ingestemd of wanneer de cliënt zich niet verzet.

Bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) worden in de toekomst nog de maatregelen aangewezen die in ieder geval worden beschouwd als maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken of die niet, of slechts onder bepaalde omstandigheden, mogen worden gebruikt om de bewegingsvrijheid te beperken.⁷⁷

4.2.2 Ernstig nadeel

Om onvrijwillige zorg te kunnen opnemen in het zorgplan en om het te kunnen toepassen, moet er sprake zijn van ernstig nadeel. Volgens de Wet Zorg en dwang wordt onder ernstig nadeel in ieder geval verstaan dat betrokkene:

- Zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten,
- Zichzelf in ernstig mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen,
- Ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen,
- Met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept,
- Een ander ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen,
- De psychische gezondheid van een ander bedreigt,
- De algemene veiligheid van personen of goederen bedreigt, en/of
- Ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt.⁷⁸

Deze opsomming is niet-limitatief.⁷⁹

4.2.3 Zorgplan

Het zorgplan moet tegemoet komen aan één van de belangrijkste doelen van de Wet Zorg en dwang, namelijk het bevorderen van transparantie. Het zorgplan moet de spil van alle

⁷⁶ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 5.

⁷⁷ Art. 2 Wet Zorg en dwang

⁷⁸ Art. 1 lid 2 Wet Zorg en dwang

⁷⁹ Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 21.

besluitvorming gaan worden.⁸⁰ Het plan moet niet alleen ‘echte’ zorg bevatten, zoals de functies van behandeling, verpleging en activerende begeleiding waarvoor de deskundigheid grotendeels bij de zorgaanbieder zal liggen, maar ook afspraken over de woon- en leefomgeving van de cliënt waaronder het dagritme, voeding, soms scholing of werk en afspraken over de communicatie met de cliënt en zijn familie.⁸¹

Hieronder wordt allereerst ingegaan op het opstellen van het zorgplan. Vervolgens zal uiteengezet worden onder welke voorwaarden en op welke manier onvrijwillige zorg in het zorgplan kan worden opgenomen. Daarna wordt uiteengezet op welke wijze onvrijwillige zorg in het zorgplan uitgevoerd moet worden. Ten slotte wordt ingegaan op de eisen die de Wet Zorg en dwang stelt omtrent het toepassen van onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties.

4.2.3.1 Opstellen van het zorgplan

De zorgaanbieder stelt na overleg met de cliënt of diens vertegenwoordiger zo spoedig mogelijk, maar in elk geval binnen zes weken na aanvang van de zorg, een zorgplan vast. De afspraken met de cliënt of de vertegenwoordiger worden in dit zorgplan vastgelegd. De zorgaanbieder spant zich in om de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger met het zorgplan te verkrijgen, waarbij hij zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen en voorkeuren van de cliënt.⁸² Overeenstemming met de vertegenwoordiger moet worden bereikt, als de cliënt niet of niet meer in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen bij beslissingen over het zorgplan.⁸³ Het begrip zorgverantwoordelijke is nieuw. De zorgverantwoordelijke is de voor de cliënt door de zorgaanbieder als zodanig aangewezen persoon, die zijn taken namens de zorgaanbieder uitvoert.⁸⁴

Indien de zorgverantwoordelijke constateert dat het zorgplan niet voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt, of de vertegenwoordiger aangeeft dat het zorgplan niet aan de zorgbehoefte van de cliënt voldoet, waardoor er ernstig nadeel kan ontstaan en er dus geen overeenstemming over het zorgplan kan ontstaan, wordt onderzocht of er alternatieven zijn voor de in het zorgplan opgenomen zorg. Deze alternatieven mogen niet bestaan uit onvrijwillige zorg. In een dergelijke situatie vindt het eerste MDO plaats, waarin wordt besproken:

- Wat het ernstige nadeel voor de cliënt is, door middel van het maken van een risico-inventarisatie,
- Wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn waardoor ernstig nadeel ontstaat,
- Welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel,
- Welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg kunnen worden benut om het ernstige nadeel te voorkomen, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is.

De zorgverantwoordelijke informeert de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger over dit MDO en biedt hen de mogelijkheid hierbij aanwezig te zijn. De zorgverantwoordelijke betreft bij het eerste MDO de deskundigheid van anderen, als dit gezien de zorgbehoefte van de cliënt van belang is. Het zorgplan wordt aangepast op basis van de conclusies uit het MDO. Indien de conclusie van het eerste MDO is dat er geen alternatieven voor onvrijwillige zorg meer zijn, wordt nader overleg gevoerd in een tweede MDO.⁸⁵ Hierover in de volgende paragraaf meer.

⁸⁰ Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 17.

⁸¹ Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 19.

⁸² Art. 5 Wet Zorg en dwang

⁸³ Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 18.

⁸⁴ Art. 1 lid 1 sub g Wet Zorg en dwang

⁸⁵ Art. 8 Wet Zorg en dwang

4.2.3.2 Onvrijwillige zorg in het zorgplan

Onvrijwillige zorg in het zorgplan kan alleen als uiterste middel worden overwogen in de volgende gevallen:

- Indien op grond van het eerste, in de vorige paragraaf beschreven MDO is gebleken dat er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn, of
- Indien blijkt dat het door het eerste MDO aangepaste zorgplan niet voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt waardoor een situatie van ernstig nadeel kan ontstaan.

De zorgverantwoordelijke kan in het zorgplan als uiterste middel onvrijwillige zorg opnemen indien:

- Het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel,
- De onvrijwillige zorg noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden,
- De onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het beoogde doel evenredig is, ofwel is voldaan aan de eis van proportionaliteit, en
- Er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, ofwel is voldaan aan de eis van subsidiariteit.

Onvrijwillige zorg kan alleen in het zorgplan worden opgenomen na overleg met ten minste één deskundige van een andere discipline dan waartoe de zorgverantwoordelijke behoort, en

- als het betreft toediening van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening, het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de verstandelijke handicap of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan of maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt moet er ook instemming zijn van een bij de zorg betrokken arts.
- als het betreft maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden of beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten moet er ook instemming zijn van een deskundige behorende tot een bij regeling van de Minister aangewezen categorie. Deze regeling is nog niet bekend, maar met deze groep deskundigen wordt beoogd bepaalde gedragsdeskundigen, zoals een orthopedagoog of gezondheidspsycholoog, een rol te geven in de besluitvorming.⁸⁶

In het tweede MDO wordt besproken:

- Wat het ernstig nadeel voor de cliënt is, door middel van het maken van een risico-inventarisatie,
- Wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn waardoor ernstig nadeel ontstaat,
- Welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel,
- Welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg nog benut kunnen worden, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is,
- Wat de nadelige effecten van onvrijwillige zorg kunnen zijn, afgewogen tegen het ernstig nadeel dat moet worden afgewend, en

⁸⁶ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 23.

- Voor welke termijn de onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen, waarbij die termijn zo kort mogelijk is, passend bij de aard van de zorg en ingrijpendheid voor de cliënt, waarbij die termijn op maximaal zes weken wordt gesteld.⁸⁷

Pas in dit tweede MDO kan dus de weloverwogen keuze gemaakt worden om onvrijwillige zorg op te nemen in het zorgplan. De zorgverantwoordelijke informeert de cliënt of zijn vertegenwoordiger over het tweede overleg en biedt hen de mogelijkheid hierbij aanwezig te zijn. In dit tweede MDO wordt voor iedere vorm van onvrijwillige zorg overwogen of die zorg mogelijk nadelige effecten heeft op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn deelname aan het maatschappelijk leven. Ook worden aanvullende zorgvuldigheidseisen vastgesteld om die effecten weg te nemen of te verminderen. De zorgverantwoordelijke betreft ook bij het tweede MDO de deskundigheid van anderen als dit gezien de zorgbehoefte van de cliënt van belang is.

De zorgverantwoordelijke past op basis van het tweede MDO het zorgplan aan en beschrijft daarin:

- Het ernstig nadeel ter zake waarvan de onvrijwillige zorg kan worden toegepast, en welke vorm van onvrijwillige zorg kan worden toegepast,
- Welke zorgverlener of categorie van zorgverleners bevoegd is tot het toepassen van de onvrijwillige zorg,
- Indien van toepassing, de duur of frequentie van de onvrijwillige zorg,
- De vastgestelde termijn voor de toepassing van onvrijwillige zorg,
- De wijze waarop de zorg binnen die termijn wordt afgebouwd,
- Indien van toepassing aanvullende zorgvuldigheidseisen,
- De continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop deze geborgd wordt.

De zorgverantwoordelijke verstrekt de noodzakelijke gegevens aan de personen met wie hij het overleg heeft gevoerd. Indien het niet lukt de onvrijwillige zorg voor afloop van de vastgestelde termijn af te bouwen, wordt het tweede overleg opnieuw gevoerd, maar dan neemt ook een niet bij de zorg betrokken deskundige deel aan dit overleg. Dit overleg is dan het derde MDO. De maximale termijn voor het toepassen van onvrijwillige zorg is hierbij drie maanden.⁸⁸

De zorgverantwoordelijke vraagt advies over het zorgplan aan een externe deskundige als de cliënt of de vertegenwoordiger niet instemt met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan of als na het derde MDO het niet lukt de onvrijwillige zorg binnen de in het zorgplan opgenomen termijn af te bouwen. Als drie maanden na de termijn dat de onvrijwillige zorg volgens het zorgplan afgebouwd zou moeten zijn, nog geen advies van een externe deskundige heeft kunnen plaatsvinden, kan de zorgverantwoordelijke eenmalig de termijn voor het toepassen van de onvrijwillige zorg verlengen totdat de externe deskundige heeft geadviseerd. De duur van deze verlenging bedraagt maximaal drie maanden en wordt vastgelegd in het zorgplan. De zorgverantwoordelijke past op basis van het advies van de externe deskundige het zorgplan aan en geeft daarin aan op welke wijze de zorgaanbieder toepassing geeft aan het advies van de externe deskundige. De nieuwe termijn voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan mag niet langer zijn dan zes maanden. Indien op grond van de evaluatie wordt geconcludeerd dat onvrijwillige zorg in overeenstemming met het advies van de externe deskundige noodzakelijk blijft, bedraagt de termijn voor de toepassing van de onvrijwillige zorg telkens niet langer dan zes maanden.⁸⁹

⁸⁷ Bijlage VIII, *Schematisch overzicht opstellen zorgplan*

⁸⁸ Art. 8a Wet Zorg en dwang

⁸⁹ Art. 8b Wet Zorg en dwang

De zorgverantwoordelijke voert zo vaak als hiertoe aanleiding is, doch in ieder geval binnen vier weken na de aanvang van de uitvoering en vervolgens ten minste elke zes maanden een evaluatie van het zorgplan uit. De datum van de laatst uitgevoerde evaluatie wordt in het zorgplan vastgelegd. Indien het zorgplan is opgesteld met toepassing van het tweede MDO wordt de evaluatie mede uitgevoerd door de personen die daarbij aanwezig waren. Indien het zorgplan is opgesteld met toepassing van een externe deskundige, wordt de evaluatie mede door de personen uit het tweede MDO en met een niet bij de zorg betrokken deskundige uitgevoerd.⁹⁰

Onvrijwillige zorg moet altijd apart in het zorgplan worden opgenomen. Om te bereiken dat onvrijwillige zorg niet lichtvaardig in het zorgplan wordt opgenomen of wordt toegepast en om de besluitvorming rondom dwang transparant te maken, moet ook gemotiveerd worden waarom de dwang voor de cliënt nodig wordt geacht. Bij die motivering moet ook getoetst worden aan het criterium 'ernstig nadeel'.⁹¹

Een schematisch overzicht met betrekking tot het opstellen van het zorgplan is te vinden in de bijlagen.⁹²

4.2.3.3 Uitvoeren van onvrijwillige zorg in het zorgplan

Indien de cliënt of zijn vertegenwoordiger laat weten niet of niet meer in te stemmen met, of als de cliënt zich verzet tegen de uitvoering van het zorgplan, blijft uitvoering daarvan achterwege, tenzij er uitzonderingen zijn. Indien de voortgang van de uitvoering van het zorgplan of ontwikkelingen in de zorgbehoefte van de cliënt daartoe aanleiding geven, wordt een nieuw of gewijzigd zorgplan vastgesteld.⁹³

Uitzondering voor het niet uitvoeren van onvrijwillige zorg in het zorgplan zijn er indien:

- De zorgaanbieder constateert dat het in het zorgplan omschreven ernstige nadeel zich daadwerkelijk voordoet,
- Onvrijwillige zorg noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden,
- De onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het beoogde doel evenredig is, ofwel aan de eis van proportionaliteit voldaan is,
- Er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, ofwel aan de eis van subsidiariteit voldaan is, en
- Op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing ervan.

Voordat de zorgverlener de eerste keer onvrijwillige zorg toepast, informeert hij de vertegenwoordiger en de cliënt hierover, tenzij dit kennelijke ernstige bezwaren voor de cliënt zou opleveren. Indien de situatie zo dringend is dat vooraf informeren niet mogelijk is, informeert de zorgverlener de betreffende personen zo spoedig mogelijk nadat hij de onvrijwillige zorg heeft verleend of daarmee een begin heeft gemaakt. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de wijze waarop onvrijwillige zorg wordt verleend, en wie bevoegd is die onvrijwillige zorg te verlenen.⁹⁴

⁹⁰ Art. 7 lid 1 Wet Zorg en dwang

⁹¹ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 20.

⁹² Bijlage VIII, Schematisch overzicht opstellen zorgplan

⁹³ Art. 9 Wet Zorg en dwang

⁹⁴ Art. 10 Wet Zorg en dwang

4.2.3.4 Onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties

De zorgverlener kan in een situatie waarin het zorgplan redelijkerwijs niet heeft kunnen voorzien of in een noodsituatie die zich voordoet in de periode dat nog geen zorgplan is vastgesteld, uitsluitend onvrijwillige zorg verlenen, als:

- Het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel,
- De onvrijwillige zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden,
- De onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het beoogde doel evenredig is,
- Er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden en,
- Op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing ervan.

Het verlenen van onvrijwillige zorg in een onvoorziene situatie vindt plaats krachtens een schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke waarin wordt vermeld voor welke termijn dit geldt. De termijn is niet langer dan strikt noodzakelijk, en in ieder geval niet langer dan twee weken. Binnen deze termijn moet het zorgplan aangepast worden. Indien het een soort onvrijwillige zorg betreft die is opgesomd in artikel 2 van de Wet Zorg en dwang, overlegt de zorgverlener voor de toepassing hiervan met een bij de zorg betrokken arts. De zorgverlener informeert, zo mogelijk vooraf, de vertegenwoordiger en de cliënt over het verlenen van onvrijwillige zorg in een onvoorziene situatie, tenzij dit informeren kennelijk ernstig nadeel voor de cliënt oplevert.⁹⁵

4.2.4 Registratie en administratieve voorschriften

Wat betreft registratie en andere administratieve voorschriften verandert er het een en ander ten opzichte van de Wet Bopz. In deze paragraaf wordt eerst uiteengezet op welke wijze de registratie van onvrijwillige zorg moet plaatsvinden. Vervolgens wordt ingegaan op het opstellen van het beleidsplan, wat geïntroduceerd wordt in de Wet Zorg en dwang.

4.2.4.1 Register

De zorgaanbieder houdt ten behoeve van het toezicht door ambtenaren, een register bij toegepaste onvrijwillige zorg, waarin in ieder geval wordt opgenomen:

- De vorm van de aan de cliënt verleende onvrijwillige zorg,
- De zorgverantwoordelijke,
- De noodzaak voor de onvrijwillige zorg,
- Het zorgplan, een schriftelijke beslissing betreffende de wilsonbekwaamheid, een schriftelijke beslissing omtrent het verlenen van onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties, het besluit tot opname en verblijf, de rechterlijke machtiging of beschikking tot lastgeving van de burgemeester, die legitimeert tot de vorm van onvrijwillige zorg,
- De begindatum en de einddatum van de onvrijwillige zorg,
- De duur en de frequentie van de onvrijwillige zorg.

Bij ministeriële regeling kunnen hierover nog nadere regels gesteld worden.⁹⁶

De zorgaanbieder verstrekt ten minste eens per zes maanden aan de hiertoe aangewezen ambtenaren een overzicht van de onvrijwillige zorg die door hem is verleend, onder vermelding van de aard en frequentie daarvan. Bij dit overzicht moet ook een analyse van

⁹⁵ Art. 12 Wet Zorg en dwang

⁹⁶ Art. 14 Wet Zorg en dwang

de verleende onvrijwillige zorg gevoegd worden, die door het bestuur van de zorgaanbieder ondertekend is.⁹⁷

4.2.4.2 Beleidsplan

Een zorgaanbieder die onvrijwillige zorg verleent, draagt zorg voor een beleidsplan waarin hij in ieder geval vastlegt:

- Door middel van welke alternatieven hij tracht om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen,
- Hoe hij omgaat met het toepassen van onvrijwillige zorg en de afbouw van onvrijwillige zorg, en
- De wijze van intern toezicht bij uitvoering van onvrijwillige zorg.

Bij het opnemen van onvrijwillige zorg in een zorgplan en het verlenen van onvrijwillige zorg, wordt rekening gehouden met dit beleidsplan.⁹⁸

4.3 Klachtrecht

In deze paragraaf worden de regels uit de Wet Zorg en dwang met betrekking tot het klachtrecht uiteengezet.

De zorgaanbieder stelt aan de cliënt en diens vertegenwoordiger zo spoedig mogelijk, maar in elk geval binnen twee weken na aanvang van de zorg, een schriftelijk overzicht van de op grond van de Wet Zorg en dwang aan de cliënt toekomende rechten ter hand. In dit overzicht is het adres opgenomen waaronder de zorgaanbieder bereikbaar is voor een klacht als hieronder bedoeld.⁹⁹ De zorgaanbieder moet aangesloten zijn bij een door één of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en één of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders ingestelde klachtencommissie, die namens de zorgaanbieder klachten afhandelt betreffende:

- De beslissing over de vraag of een cliënt in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van een beslissing die hem treft (wilsonbekwaamheid),
- De beslissing tot opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan,
- De beslissing tot verlening van onvrijwillige zorg,
- De beslissing met betrekking tot de verlening of intrekking van verlof, en/of
- De beslissing met betrekking tot de verlening van ontslag.

De cliënt of diens vertegenwoordiger kan een klacht over een beslissing over het bovenstaande indienen bij de hierboven genoemde commissie. De klacht wordt zodanig behandeld dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op de klacht is gewaarborgd. De behandeling van de klacht geschiedt overeenkomstig een door de zorgaanbieder te treffen regeling, die in ieder geval waarborgt dat:

- Aan de behandeling van de klacht niet wordt deelgenomen door een persoon tegen wiens beslissing de klacht is gericht,
- De klager en de persoon tegen wiens beslissing of besluit de klacht is gericht in staat worden gesteld te worden gehoord,
- De klager en de persoon tegen wiens beslissing of besluit de klacht is gericht, zich kunnen doen bijstaan door hen aan te wijzen personen, en
- De persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen zoveel mogelijk wordt beschermd.

⁹⁷ Art. 14a Wet Zorg en dwang

⁹⁸ Art. 14b Wet Zorg en dwang

⁹⁹ Art. 44 Wet Zorg en dwang

De afhandeling van een klacht gebeurt door ten minste drie leden van de commissie, waarbij in ieder geval zijn betrokken een jurist en, als de klacht is ingediend door een verstandelijk beperkte cliënt of zijn vertegenwoordiger, een orthopedagoog.¹⁰⁰

De klachtencommissie moet voldoen aan de volgende eisen:

- De samenstelling is zodanig dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op de klacht te allen tijde is gewaarborgd,
- De leden zijn onafhankelijk en verrichten hun werkzaamheden zonder vooringenomenheid,
- De leden zijn niet werkzaam bij of voor de zorgaanbieder en hebben geen relatie tot de klager, de cliënt of zijn vertegenwoordiger,
- Bij de commissie dient een zodanig aantal zorgaanbieders aangesloten te zijn, dat de commissie minimaal vijftig klachten per jaar afhandelt,
- Het horen vindt plaats op een locatie die op eenvoudige wijze bereikbaar is voor de cliënt,
- Ten behoeve van de vervulling van haar taak houdt de commissie zich in elk geval op de hoogte van de ontwikkelingen op het terrein van het verlenen van zorg en onvrijwillige zorg.

De commissie moet zo snel als nodig is beslissen over de klacht, maar uiterlijk binnen twee weken na ontvangst van de klacht of, indien het een klacht betreft tegen een beslissing die geen gevolg meer heeft, vier weken na ontvangst van de klacht. De commissie moet de klager, de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke, voor zover van toepassing de zorgverlener, en de bevoegde inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid op de hoogte brengen van haar met redenen omklede beslissing op de klacht of van het niet in behandeling nemen daarvan. De beslissing van de commissie strekt tot:

- Onbevoegdverklaring van de commissie,
- Niet-ontvankelijkverklaring van de klacht,
- Ongegrondverklaring van de klacht, of
- Gegrondverklaring van de klacht.

Indien de commissie de klacht gegrond verklaart, vernietigt zij de bestreden beslissing geheel of gedeeltelijk. Indien de commissie de klacht gegrond verklaart, kan zij de zorgaanbieder opdragen een nieuwe beslissing te nemen of een andere handeling te verrichten met inachtneming van haar beslissing. Hierbij kan ze een termijn stellen waarbinnen een nieuwe beslissing moet worden genomen of een nieuwe handeling moet worden verricht. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de samenstelling van de commissies en met betrekking tot de wijze waarop klachten worden afgehandeld.¹⁰¹

Nadat de commissie een beslissing heeft genomen of indien de commissie niet tijdig een beslissing heeft genomen, kunnen de klager en degene op wie de klacht betrekking heeft een verzoekschrift bij de rechter indienen ter verkrijging van een beslissing over de klacht.¹⁰²

4.4 Cliëntenvertrouwenspersoon en mentorschap

In dit hoofdstuk worden de begrippen cliëntenvertrouwenspersoon en mentorschap uiteengezet. Deze begrippen zijn nieuw in de Wet Zorg en dwang. De cliëntenvertrouwenspersoon of de mentor hebben niet direct iets te maken met vrijheidsbeperkende maatregelen of het klachtrecht, maar het is wel een belangrijke nieuwe ontwikkeling in de rechtsbescherming van de cliënt, vandaar de vermelding in dit hoofdstuk.

¹⁰⁰ Art. 45 Wet Zorg en dwang

¹⁰¹ Art. 46 Wet Zorg en dwang

¹⁰² Art. 47 lid 1 en 2 Wet Zorg en dwang

4.4.1 Cliëntenvertrouwenspersoon

De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat elke cliënt of diens vertegenwoordiger een beroep kan doen op een cliëntenvertrouwenspersoon. Deze persoon heeft tot taak de cliënt of de vertegenwoordiger advies en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg aan de cliënt of met zijn opname en verblijf in een accommodatie, indien een cliënt of diens vertegenwoordiger daarom verzoekt. De cliëntenvertrouwenspersoon heeft tevens tot taak om signalen over tekortkomingen in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname en verblijf, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van een cliënt, aan de inspectie te melden en advies en bijstand te verlenen aan cliënten die vrijwillig in een accommodatie verblijven. Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld met betrekking tot de deskundigheid van de cliëntenvertrouwenspersoon, de onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder en het indicatieorgaan en de taken en bevoegdheden van de cliëntenvertrouwenspersoon.¹⁰³

De cliëntenvertrouwenspersoon heeft, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van zijn taak nodig is, al dan niet op verzoek van de cliënt, vrije toegang tot de cliënt en hoeft van niemand toestemming te krijgen om te spreken met de cliënt. Voor zover dit redelijkerwijs voor de vervulling van zijn taak nodig is, en de cliënt of zijn vertegenwoordiger daartegen geen bezwaar heeft gemaakt, krijgt de cliëntenvertrouwenspersoon alle door hem verlangde inlichtingen, binnen de door hem gestelde termijn alle medewerking die hij redelijkerwijs kan vorderen en inzage in de dossiers van de zorgaanbieder.¹⁰⁴ De cliëntenvertrouwenspersoon is tot geheimhouding verplicht, tenzij een wettelijk voorschrift hem tot mededeling verplicht, uit zijn taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit, of de cliënt toestemming geeft om vertrouwelijke informatie te delen.¹⁰⁵

4.4.2 Mentorschap

Nieuw is ook de plicht voor zorgaanbieders om een mentorschap aan te vragen voor cliënten zonder vertegenwoordiger, die geconfronteerd worden met onvrijwillige zorg.¹⁰⁶

Indien een cliënt geen vertegenwoordiger heeft, wordt teruggevallen op zogenaamde vrijwillige mentoren. Vrijwillige mentoren hebben geen relatie met de persoon voor wie zij als mentor optreden, maar zijn verbonden aan een stichting. Op dit moment is het alleen mogelijk een natuurlijk persoon tot mentor te benoemen, maar in de toekomst zullen wellicht ook rechtspersonen als mentor kunnen worden aangewezen.¹⁰⁷ Het mentorschap kan worden verzocht door het openbaar ministerie of door het bestuur van de instelling waar de betrokkene duurzaam wordt verzorgd.¹⁰⁸ De rechter beslist uiteindelijk of er een mentor wordt toegewezen.

¹⁰³ Art. 48c Wet Zorg en dwang

¹⁰⁴ Art. 48d Wet Zorg en dwang

¹⁰⁵ Art. 48e Wet Zorg en dwang

¹⁰⁶ Art. 3 lid 6 Wet Zorg en dwang

¹⁰⁷ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 25.

¹⁰⁸ Art. 1:451 lid 2 BW

5. Welke veranderingen brengt de Wet Zorg en dwang met zich mee voor Stichting Prisma in het kader van de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht?

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op wat de gevolgen van de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang zijn voor Stichting Prisma. Waar mogelijk zullen hierbij praktische voorbeelden of oplossingen aan worden gedragen. In dit hoofdstuk zal eerst worden ingegaan op de achtergrond van de Wet zorg en dwang en wat dit voor Prisma gaat betekenen. Vervolgens wordt in de tweede en derde paragraaf ingegaan op de veranderingen voor Stichting Prisma met betrekking tot de vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht. Ten slotte zal in de vierde paragraaf worden uiteengezet op welke wijze Prisma de regels uit de Wet Zorg en dwang met betrekking tot de cliëntenvertrouwenspersoon en het mentorschap toe moet passen. Hierdoor wordt er antwoord gegeven op de laatste deelvraag van dit onderzoek.

5.1 Achtergrond

Waar Stichting Prisma in ieder geval rekening mee moet houden, is dat zij er zorg voor moet dragen dat ten aanzien van de cliënten die op het tijdstip van de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang verblijven in een Bopz-aangemerkte locatie en die op grond van de Wet Bopz gedwongen zijn opgenomen, zo spoedig mogelijk, in elk geval binnen zes maanden na inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang, aan de hierin gestelde regels is voldaan. Een besluit naar aanleiding van de art. 60 procedure en een machtiging tot voortgezet verblijf die zijn afgegeven voor het tijdstip van de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang, worden gelijkgesteld met een besluit in het geval van geen verzet, noch instemming en een machtiging tot opname en verblijf als bedoeld in de Wet Zorg en dwang.¹⁰⁹ Gelet op het feit dat tussen de aanvaarding van de wet en de inwerkingtreding nog enige tijd zal verstrijken en het veelal zal gaan om minimale stappen, kan ervan worden uitgegaan dat zorgaanbieders in veel gevallen nauwelijks behoefte aan bovenstaande bepaling zullen hebben. Het is echter wel denkbaar dat een POP, dat is opgesteld ten tijde van de werking van de Wet Bopz, moet worden aangepast in verband met eisen van de Wet Zorg en dwang of dat andere aanpassingen in de relatie met de cliënt nodig zijn.¹¹⁰

Er is een aantal nieuwe begrippen die ingevoerd worden met de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang. Omdat sommige van deze begrippen niet thuishoren in het kader van dit hoofdstuk, maar wel van belang zijn voor Stichting Prisma, zullen een tweetal nieuwe begrippen op deze plek toegelicht worden.

In de Wet zorg en dwang wordt gesproken over het begrip accommodatie.¹¹¹ De invulling van de Wet Zorg en dwang van dit begrip, zorgt ervoor dat het ruimte biedt voor zowel de meer traditionele voorzieningen als voor kleinschalige woonvormen, om onvrijwillige zorg in de zin van de Wet Zorg en dwang toe te passen.¹¹² Stichting Prisma moet haar locaties die niet Bopz-aangemerkt zijn, laten opnemen in een openbaar register. Hierbij moet opgave worden gedaan van:

- De naam of een andere aanduiding en het adres van de accommodatie,
- De naam en de rechtsvorm van de zorgaanbieder, dat is dus Stichting Prisma,
- De vormen van zorg die worden verleend.¹¹³

¹⁰⁹ Art. 59 en 60 Wet Zorg en dwang

¹¹⁰ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 76.

¹¹¹ Art. 1 lid 1 sub b Wet Zorg en dwang

¹¹² Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 41.

¹¹³ Art. 15 Wet Zorg en dwang

De locaties van Stichting Prisma die op dit moment al als Bopz-locatie zijn aangemerkt, worden ambtshalve aan dit register toegevoegd. Prisma moet dus gaan inventariseren welke locaties niet als Bopz-locatie zijn aangemerkt, om die locaties daarna, met opgave van bovengenoemde punten, aan te melden voor registratie in het openbare register.

Een andere term die geïntroduceerd wordt in de Wet Zorg en dwang is de ‘zorgverlener’.¹¹⁴ Dit is de door de zorgaanbieder aangewezen persoon of categorie van personen die bevoegd is om namens hem onvrijwillige zorg te verlenen. Dit begrip ziet dus op iemand die onder de verantwoordelijkheid van Stichting Prisma werkt en betrokken is bij de uitvoering van het zorgplan. Doordat het bij de uitvoering van het zorgplan ook kan gaan om onvrijwillige zorg, is het noodzakelijk dat Prisma duidelijk vastlegt welke categorie van haar werknemers een besluit tot het toepassen van dwang kan nemen. Niet iedere persoon die werkzaam is bij Stichting Prisma, zal immers over de juiste deskundigheid beschikken als het gaat om toepassen van dwang. Omdat, behoudens noodsituaties, dwang in de vorm van onvrijwillige zorg in het zorgplan is opgenomen, zal de zorgverlener in ieder geval bekwaam moeten zijn met dergelijke zorgplannen om te gaan en de consequenties van bepaalde keuzes op basis van het zorgplan te overzien.¹¹⁵

Aangezien er zoveel gaat veranderen ten opzichte van de huidige Wet Bopz, gaat dit, zoals hiervoor al werd opgemerkt, ook doorwerken in de organisatie en het beleid van Stichting Prisma. De Wet Zorg en dwang gaat gelden voor alle locaties van Prisma, en dus niet alleen voor de Bopz-aangemerkte locaties, zoals dat onder de Wet Bopz het geval is.

5.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen

In deze paragraaf wordt eerst uiteengezet wat het begrip onvrijwillige zorg voor Stichting Prisma betekent. Daarna wordt ingegaan op hoe Prisma met het ernstig nadeelcriterium moet omgaan. Vervolgens wordt aan de orde gesteld wat de regels met betrekking tot het opstellen en uitvoeren van het zorgplan voor Prisma betekenen. Ten slotte worden de praktische consequenties voor Stichting Prisma naar aanleiding van de registratie en administratieve voorschriften uit de Wet Zorg en dwang uiteengezet.

5.2.1 Onvrijwillige zorg

Het begrip onvrijwillige zorg is nieuw. Stichting Prisma moet dit begrip definiëren in haar beleid, om duidelijk te maken wat onvrijwillige zorg inhoudt. Hieronder worden de categorieën van onvrijwillige zorg nog eens opgesomd. Daarna zal per soort onvrijwillige zorg worden ingegaan op wat dit inhoudt.

5.2.1.1 Altijd onvrijwillige zorg

Het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, of een maatregel die wordt toegepast en die tot gevolg heeft dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, zijn onder elke omstandigheid en te allen tijde onvrijwillige zorg. Hier is voor gekozen, omdat dit om vormen van zorg zijn die erg ingrijpend zijn voor de lichamelijke integriteit van de cliënt.¹¹⁶ De zorgverlener die door Stichting Prisma is aangesteld, moet er dus rekening mee houden dat elke toepassing van deze categorie onvrijwillig is, ook als de cliënt zich niet verzet en de cliënt en/of de vertegenwoordiger hiermee instemt. Deze vormen van onvrijwillige zorg moeten altijd apart gemeld worden in het zorgplan, getoetst worden aan het ernstig nadeelcriterium en opgenomen worden in het register. Hierover later in dit hoofdstuk meer. Voor Prisma

¹¹⁴ Art. 1 lid 1 sub h Wet Zorg en dwang

¹¹⁵ *Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 43.*

¹¹⁶ *Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 6.*

betekent dit dat er veel meer onvrijwillige zorg zal worden toegepast dan nu het geval is. Dit komt omdat er op dit moment cliënten zijn die het eens zijn met bijvoorbeeld een beperking in hun bewegingsvrijheid. Op dit moment is er dan geen sprake van onvrijwillige zorg. Als de Wet Zorg en dwang in werking is getreden is dit wel het geval.

5.2.1.2 Bewegingsvrijheid- en gedragsbeïnvloedende medicatie

Medicatie die het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt beïnvloedt, wordt tevens sederende medicatie genoemd, of ‘chemische vrijheidsbeperking’. Het gaat dan bijvoorbeeld om medicatie die agressief of juist angstig gedrag kan beïnvloeden, als gevolg waarvan cliënten rustiger kunnen worden, maar die ook vaak een versuffend effect heeft.¹¹⁷ Er bestaat nog veel onduidelijkheid over de definitie van gedragbeïnvloedende medicatie. Ook vanuit Stichting Prisma is de vraag wat hieronder wordt verstaan. Er valt echter (nog) geen eenduidig antwoord te geven op deze vraag. Wat wel vaststaat, is dat psychofarmaca gedragsbeïnvloedend zijn. Voorbeelden van psychofarmaca zijn antipsychotica, antidepressiva, hypnotica, anxiolytica en stimulantia. Ook stemmingsstabilisatoren, die tegen epilepsie werken, zijn gedragsbeïnvloedend. De vraag is nog wel of alle anti-epileptica dan gedragsbeïnvloedend zijn. Het middel, de werking, bijwerking, indicatie of de arts en het beoogde doel geven de doorslag over de vraag of medicatie wel of niet van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt.¹¹⁸ Het gevolg van deze onduidelijkheid is dat op dit moment niet vast te stellen is wanneer een bepaald soort medicijn onder onvrijwillige zorg valt. Wellicht geeft de verdere behandeling van het wetsvoorstel hier in de toekomst uitsluitsel over. Indien er gebruik wordt gemaakt van bovengenoemde medicatie, die wel onder de noemer onvrijwillige zorg valt, moet dit onder elke omstandigheid op die manier behandeld worden, ook als de cliënt en/of vertegenwoordiger er mee in heeft gestemd of de cliënt zich er niet tegen verzet.

5.2.1.3 Toezicht

Maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden, worden geïntroduceerd in de Wet Zorg en dwang. Deze maatregelen worden ook wel domotica genoemd. In de praktijk komt het regelmatig voor dat een maatregel die de bewegingsvrijheid beperkt, uitgevoerd wordt met gebruikmaking van elektronische hulpmiddelen. Dat kunnen hulpmiddelen zijn die rechtstreeks en altijd vrijheidsbeperkend werken, zoals een elektronisch polsbandje dat de deur afsluit. Andere hulpmiddelen zijn op zichzelf niet vrijheidsbeperkend, maar worden ingezet als hulpmiddel in het toezicht en kunnen er dan toe leiden dat een cliënt in zijn vrijheid wordt beperkt. Een bekend voorbeeld daarvan zijn de belmatten. Om een einde te maken aan discussies die worden gevoerd over de vraag of dergelijke hulpmiddelen een vrijheidsbeperking zijn of niet, is er voor gekozen ze in de Wet Zorg en dwang als categorie onder de definitie van onvrijwillige zorg te brengen. In dit geval is de instemming van de cliënt zelf bepalend. Als hij akkoord gaat met een dergelijk hulpmiddel, dan is het vrijwillige zorg. Gaat hij niet akkoord, is hij wilsonbekwaam of heeft hij er geen weet van, dan is het een vorm van onvrijwillige zorg.¹¹⁹ Indien de opname op gestructureerde wijze toegankelijk is voor latere raadpleging, is de Wet bescherming persoonsgegevens van toepassing.¹²⁰

Binnen Stichting Prisma zijn er ongeveer 1250 cliënten die aangesloten zijn op het nachtzorgcentrum, en waarbij dus toezichthoudende maatregelen toegepast worden. Deze maatregelen zijn in hoofdstuk drie niet behandeld, omdat domotica op dit moment niet wettelijk tot de categorie vrijheidsbenemende maatregelen behoort. Prisma maakt op het moment gebruik van de volgende toezichthoudende middelen:

¹¹⁷ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 46.

¹¹⁸ Presentatie J. van Erp, NVAVG, september 2011.

¹¹⁹ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 12.

¹²⁰ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 46 en 47.

- Deurcontact, die als een deur open of dicht gaat een melding maakt naar het nachtzorgcentrum.
- Epimat, hierbij gaat er een melding naar het nachtzorgcentrum als een cliënt zich zo beweegt alsof hij een epileptische aanval heeft.
- Sensor, die registreert wanneer een cliënt zijn bed of een bepaalde ruimte verlaat, hiervan gaat dan een melding naar het nachtzorgcentrum.
- Peerdrukker/oproep, als een cliënt op de peerdrukker of een knop om zijn pols drukt, of trekt aan het trekkoord wat in de badkamer hangt, gaat er een melding naar het nachtzorgcentrum.
- Akoestisch inluistersysteem, waarbij een melding gaat naar het nachtzorgcentrum als een cliënt een geluid maakt dat langer duurt en harder is dan een vooraf, voor die cliënt, ingestelde grens.
- Camera's die toezicht houden op de cliënt waarbij de beelden op gezette tijden, vaak 's nachts, continu worden getoond, of waarbij de beelden worden getoond indien er een van de andere bovenstaande meldingen van de cliënt binnenkomt op het nachtzorgcentrum.
- Personen Passeer Systeem (PPS), dit systeem is er alleen voor cliënten die verblijven op het Landpark te Biezenmortel. Er zit dan een chip in de schoen of skelter van de cliënt. Als de cliënt met een dergelijke chip het terrein in Biezenmortel verlaat, wordt dit automatisch gemeld aan een aantal medewerkers die op het terrein in Biezenmortel aanwezig zijn.

Deze toezichthoudende middelen worden geleverd, geplaatst en gecontroleerd door CLB BV.¹²¹ De toepassing van deze middelen wordt in het POP vastgelegd.¹²² De medewerkers van het nachtzorgcentrum hebben de mogelijkheid om met de cliënt te praten als er een melding binnenkomt, ook dit gebeurt alleen met toestemming. Voor alle toezichthoudende middelen die bij Prisma gebruikt worden, geldt dat er toestemming moet zijn van de cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger, de begeleider A en de teamleider van de cliënt. Wat betreft de camera's komt daar bovenop nog dat de teamleider nachtzorg toestemming moet geven voor de toepassing ervan. Bij alle soorten domotica is dit in het bijbehorende beleid vastgesteld.¹²³ ¹²⁴ Stichting Prisma zal met de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang bij elke toepassing van toezichthoudende maatregelen moeten proberen instemming te verkrijgen van de cliënt, en deze in ieder geval hiervan op de hoogte moeten brengen. Indien dit niet gebeurt, als de cliënt niet instemt met het gebruik van domotica of als de cliënt wilsonbekwaam is, moet er gehandeld worden naar de eisen van onvrijwillige zorg die in de Wet Zorg en dwang gesteld zijn. Het gevolg hiervan voor Prisma is, dat er vaak sprake zal zijn van onvrijwillig toegepaste toezichthoudende middelen. Veel van de cliënten waarbij op dit moment domotica wordt toegepast, zijn namelijk wilsonbekwaam en dan geldt dat het gebruik van toezichthoudende middelen onvrijwillige zorg is. Het kan zijn dat hierdoor vaak een procedure gestart moet worden met betrekking tot een opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging. Om bij de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang de organisatorische werkdruk met betrekking hiertoe te ondervangen, kan er op dit moment al geïnventariseerd worden voor welke cliënten dit in de toekomst moet gebeuren.

5.2.1.4 Beperking van de bewegingsvrijheid

Bij maatregelen die een beperking meebrengen van de fysieke bewegingsvrijheid van cliënten, kan worden gedacht aan fixatiemaatregelen zoals een diepe stoel of Zweedse band. Ook afzondering op de eigen kamer of aparte ruimte en separatie vallen onder deze

¹²¹ Zie ook <www.clb.nl>

¹²² Bijlage IX, *Nachtzorg en zorgondersteunende techniek 2010-2012*, p. 10.

¹²³ Stichting Prisma, *Personen Passeer Systeem Biezenmortel protocol*, p.1.

¹²⁴ Bijlage IX, *Nachtzorg en zorgondersteunende techniek 2010-2012*, p. 18.

maatregelen.¹²⁵ Fixatie, afzondering en separatie uit de Wet Bopz zijn onder de term 'beperking van de bewegingsvrijheid' samengevoegd in de Wet Zorg en dwang. Bij Stichting Prisma wordt geen gebruik gemaakt van separatie of Zweedse banden. Afzondering en andere beperkingen in de fysieke bewegingsvrijheid moeten te allen tijde aangemerkt en behandeld worden als onvrijwillige zorg, ook als de cliënt en/of de vertegenwoordiger hiermee heeft ingestemd of de cliënt zich niet verzet. Het gevolg hiervan is weer dat er bij Prisma meer onvrijwillige zorg gaat plaatsvinden dan nu het geval is. Er zijn namelijk cliënten van Prisma die het prettig vinden om bijvoorbeeld 's nachts een bedhek omhoog te hebben. Op dit moment is er dan nog geen sprake van onvrijwillige zorg, omdat de cliënt hiermee instemt. Onder de Wet Zorg en dwang is dit wel het geval.

5.2.1.5 Beperking in vrijheid om het eigen leven in te richten

De beperking in de vrijheid om het eigen leven in te richten is in de Wet Zorg en dwang geïntroduceerd als vorm van onvrijwillige zorg. Vaak gaan discussies over de vraag welke onderdelen van de zorg tegen de wil van een cliënt kunnen worden toegepast of welke zaken een cliënt ontzegd kunnen worden. Een bekend voorbeeld is het wassen of douchen van een cliënt die zich daartegen verzet. Ook kan de vraag naar onvrijwillige zorg ontstaan bij het verbod om een relatie aan te gaan met een medebewoner of de regel dat een cliënt slechts drie koppen koffie per dag mag drinken.¹²⁶ De dwang of onvrijwilligheid bestaat in dat geval niet uit het moeten ondergaan van een zorghandeling, maar het door de zorgverlener onthouden van een gewenst middel of voeding. Onthouden van bepaalde materiële zaken kan ook gebeuren. Hierbij kan gedacht worden aan het afpakken van een telefoon van een cliënte, omdat deze anders onder invloed van een loverboy dreigt te geraken. Ingrijpen in deze gevallen leidt ertoe dat wordt ingegrepen in de vrijheid van de cliënt om zijn leven naar eigen inzicht in te richten. Ook die ingrepen vallen onder onvrijwillige zorg indien de cliënt hiermee niet instemt of zich hiertegen verzet.¹²⁷

Onder de Wet Bopz kan worden ingegrepen in de vrijheden van de cliënt door zogenaamde individuele vrijheidsbeperkingen, zie hoofdstuk 2. Deze individuele vrijheidsbeperkingen zijn er niet meer onder de Wet Zorg en dwang, je zou kunnen zeggen dat deze bij de nieuwe wet onder deze vorm van onvrijwillige zorg vallen. De beperking het eigen leven in te richten is echter breder dan alleen de vormen van individuele beperkingen uit de Wet Bopz. Stichting Prisma zal elke beperking in de vrijheid het eigen leven in te richten van de cliënt, als hij of de vertegenwoordiger daarmee niet instemt of de cliënt zich hiertegen verzet, moeten registreren en behandelen als onvrijwillige zorg.

5.2.2 Ernstig nadeel

Het gevaarscriterium uit de Wet Bopz wordt vervangen door het ernstig nadeelcriterium in de Wet Zorg en dwang. De opsomming die in de Wet Zorg en dwang wordt gegeven bij het begrip 'ernstig nadeel' is niet limitatief. Er kunnen zich dus andere situaties voordoen, die niet in de Wet Zorg en dwang beschreven staan, waarbij er wel sprake is van ernstig nadeel. Wat in de praktijk veel voorkomt, is dat een cliënt wordt gefixeerd omdat er sprake is van valgevaar. Onder de Wet Zorg en dwang is er bij valgevaar geen sprake van ernstig nadeel, en mag er dus geen onvrijwillige zorg worden toegepast. Wanneer er wel sprake is van ernstig nadeel, is bijvoorbeeld als binnen een accommodatie agressie of extreme onrust van bewoners ontstaat, als een cliënt hinderlijk gedrag vertoont door iedere nacht op de gang lawaai te maken of bij agressiviteit van een cliënt. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is dit één van de belangrijkste redenen om onvrijwillige zorg te verlenen. Ook grensoverschrijdend gedrag hoort daarbij, zowel 'naar de buitenwereld' als

¹²⁵ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 46.

¹²⁶ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 47.

¹²⁷ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 12.

naar medebewoners. De zinsnede ‘al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt’, die bij de laatste situatie van ernstig nadeel van de Wet Zorg en dwang hoort, is specifiek opgenomen vanwege situaties waarin mensen met een (lichte) verstandelijke beperking soms raken of dreigen te raken. Zij nemen in meer of mindere mate zelfstandig deel aan het maatschappelijk verkeer, maar zijn niet altijd in staat weerstand te bieden aan invloeden van buitenaf waar dat wel wenselijk is. Zo gebeurt het dat verstandelijk beperkte mensen zich laten gebruiken voor handel in drugs of dat zij door toedoen van zogeheten loverboys in de prostitutie verzeild raken. Dergelijke situaties vallen onder het begrip ernstig nadeel.¹²⁸

Stichting Prisma moet toetsen aan het ernstig nadeelcriterium wanneer onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen of wanneer onvrijwillige zorg daadwerkelijk wordt toegepast.¹²⁹

5.2.3 Zorgplan

Hieronder wordt ingegaan op wat de regels omtrent het zorgplan betekenen voor Stichting Prisma. Allereerst wordt ingegaan op het opstellen van het zorgplan, waarna uiteen wordt gezet op welke wijze en onder welke voorwaarden Prisma onvrijwillige zorg kan opnemen in het zorgplan. Vervolgens wordt aan de orde gesteld op welke manier het zorgplan uitgevoerd moet worden. Tot slot wordt ingegaan op wat Prisma kan doen als er zorg in onvoorziene situaties toegepast moet worden.

5.2.3.1 Opstellen van het zorgplan

Het POP wordt vervangen door het zorgplan uit de Wet Zorg en dwang. In de Wet Zorg en dwang is het uitgangspunt neergelegd dat in het zorgplan geen onvrijwillige zorg mag worden opgenomen. In de praktijk zal dat betekenen dat de cliënt voor wie voor het eerst een zorgplan wordt opgesteld, begint met een ‘blanco’ zorgplan als het gaat om onvrijwillige zorg. Over het algemeen zullen dan immers nog geen alternatieven zijn uitgeprobeerd om gedragsproblemen, die kunnen leiden tot een ernstig nadelige situatie, te veranderen.¹³⁰

Nieuw is de term ‘zorgverantwoordelijke’. De zorgaanbieder wijst voor elke cliënt een persoon als zorgverantwoordelijke aan, die over de vereiste kennis en ervaring beschikt en deelt diens naam aan de cliënt en, indien hij een vertegenwoordiger heeft, aan zijn vertegenwoordiger mee. De aanwijzing is nodig, omdat duidelijk moet zijn wie voor de cliënt of zijn vertegenwoordiger het centrale aanspreekpunt is.¹³¹ De zorgverantwoordelijke draagt namens Prisma zorg voor het opstellen, het vaststellen, het uitvoeren, het evalueren en zonodig het periodiek aanpassen van een zorgplan en het voeren van overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger voorafgaand daarover en het inrichten van een dossier voor de cliënten.¹³² Er is bewust voor gekozen om de functie van de zorgverantwoordelijke niet nader in te vullen, maar aan de zorgaanbieder over te laten welk niveau zorgverlener daarvoor het meest geschikt is. Het medische deel van een zorgplan zal ingevuld moeten worden door een arts.¹³³ Binnen Stichting Prisma zou de teamleider als zorgverantwoordelijke aangewezen kunnen worden. De teamleider is op dit moment verantwoordelijk voor een geïntegreerd, haalbaar en actueel POP per cliënt en beslist uiteindelijk inzake de inzet van ondersteuners voor de cliënt. Daarbij ziet de teamleider toe op de uitvoering van wettelijke richtlijnen en onderhoudt deze persoon contacten met cliënten, relaties, medewerkers en ander disciplines. De functie heeft dus al overlapping met

¹²⁸ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 43 en 44.

¹²⁹ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 43 en 44.

¹³⁰ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 51.

¹³¹ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 50.

¹³² Art. 6 lid 1 en 2 Wet Zorg en dwang

¹³³ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 18.

wat de functie van de zorgverantwoordelijke in zou houden. Om teamleider te worden moet men een afgeronde HBO opleiding en enige jaren ervaring in de zorg of welzijnssector hebben. Daarbij is kennis van de geldende methodieken, procedures, protocollen en richtlijnen vereist.¹³⁴ De teamleider beschikt dus over de nodige kennis en ervaring. Daarom zou de teamleider binnen Prisma het makkelijkst de rol van zorgverantwoordelijke op zich kunnen nemen. Daarnaast is het denkbaar dat de zorgverantwoordelijke ook als zorgverlener is aangewezen en in die hoedanigheid beslissingen neemt.¹³⁵

Met betrekking tot de MDO's die gevoerd moeten worden, schrijft de Wet Zorg en dwang niet in alle gevallen voor welke disciplines in dit MDO zitting hebben. In de gevallen waarin het niet is voorschreven, wordt de samenstelling overgelaten aan de zorgverantwoordelijke. Binnen Stichting Prisma kan worden gedacht aan de verpleeghuisarts, een verpleegkundige, orthopedagoog, psycholoog of de voormalig Bopz-arts. Deze arts verdwijnt namelijk na de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang. Maar ook buiten de instelling zijn er mogelijkheden tot een MDO. Hierbij moet gedacht worden aan iemand van maatschappelijk werk, een geriater, een wijkverpleegkundige of huisarts.¹³⁶ In alle MDO's moet besproken worden wat het ernstige nadeel voor de cliënt is, door middel van het maken van een risico-inventarisatie. Het maken van een risico-inventarisatie is niet nieuw voor de medewerkers van Stichting Prisma. Er wordt al gebruik gemaakt van een risicotaxatie waarin onder andere het risico voor de cliënt in een bepaalde wordt geschetst.¹³⁷ In de toekomst zal deze risicotaxatie moeten worden uitgevoerd bij elk MDO, toegespitst op het ernstige nadeel voor de cliënt. Bij de risicotaxatie zoals die nu wordt uitgevoerd, zou bijvoorbeeld een kopje 'ernstig nadeel' kunnen worden toegevoegd, waarin wordt aangegeven wat het ernstig nadeel voor de cliënt inhoudt, indien mogelijk met een situatie uit de opsomming van ernstig nadeel uit de Wet Zorg en dwang. De deskundigheid van anderen wordt bij het MDO betrokken, indien dat gezien de zorgbehoefte van de cliënt van belang is. Hiervan zal sprake zijn bij complexe zorg, bijvoorbeeld bij een cliënt met dubbelproblematiek. Deze deskundige moet een externe zijn.¹³⁸ Hiervoor zou Prisma bijvoorbeeld het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) kunnen inschakelen. De consultants van het CCE geven advies op maat over de mogelijkheden om cliënten een betere behandeling of begeleiding te bieden. Dit zijn specialisten zoals orthopedagogen, psychologen, gedragsdeskundigen, artsen, verpleegkundigen en psychiaters. Zij zijn niet in dienst van het CCE, maar worden tijdelijk ingeschakeld op basis van hun deskundigheid. Zij zijn onafhankelijk, komen van buiten de instelling en kunnen met een frisse blik naar vastgelopen situaties en het probleemgedrag kijken.¹³⁹ Uit navraag blijkt dat het CCE op dit moment nog niet weet hoe zij haar functie onder de Wet Zorg en dwang gaat vervullen, maar waarschijnlijk zullen zorgaanbieders dan nog steeds een beroep op het CCE kunnen doen als het gaat om externe deskundigheid.

Het eerste MDO moet gevoerd worden als er geen overeenstemming kan worden bereikt over het zorgplan. Bij Stichting Prisma wordt er bij de vaststelling van het POP al gebruik gemaakt van een MDO.

5.2.3.2 Onvrijwillige zorg in het zorgplan

Het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg niet in het zorgplan wordt opgenomen, is niet in alle gevallen te handhaven. Het kan zijn dat gaandeweg de zorgverlening blijkt dat een cliënt ernstig nadeel ondervindt of ernstig nadeel aan anderen toebrengt ten gevolge van zijn aandoening of beperking, waarvoor geen vrijwillige handelingsalternatieven meer beschikbaar zijn om dat te veranderen. Er zijn echter strenge criteria waaraan getoetst moet

¹³⁴ Stichting Prisma, *Functiebeschrijving teamleider A*, 8 juni 2000, p. 1 t/m 3.

¹³⁵ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 50.

¹³⁶ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 22.

¹³⁷ Stichting Prisma, *Risico-taxatie en managementplan*, p. 2 t/m 8.

¹³⁸ Bijlage VIII, *Schematisch overzicht opstellen zorgplan*.

¹³⁹ <www.cce.nl> consultatie> wat is een consultatie> laatst geraadpleegd op 20-11-2012

worden en er moet een speciale procedure doorlopen worden, voordat onvrijwillige zorg opgenomen mag worden in het zorgplan en verleend mag worden. Voor de wens het ernstig nadeel af te wenden, maakt het geen verschil of dit nadeel veroorzaakt wordt door de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, dan wel door een andere psychische stoornis. Een gebrek aan toezicht kan geen reden zijn om onvrijwillige zorg toe te willen passen of cliënten in hun vrijheid te beperken.¹⁴⁰

Ten aanzien van het tweede MDO is in de Wet Zorg en dwang vastgelegd dat er een arts, of een aangewezen deskundige hierbij betrokken dient te zijn. De arts zou bij Stichting Prisma bijvoorbeeld de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) kunnen zijn, of de persoon die op dit moment de Bopz-arts is. De categorie van aangewezen deskundigen is nog niet bepaald, maar te denken valt hierbij aan een orthopedagoog of een gezondheidspsycholoog.¹⁴¹

Met betrekking tot het derde MDO bepaalt de Wet Zorg en dwang dat een niet bij de zorg betrokken deskundige hieraan deelneemt. Indien het na het derde MDO niet lukt om de onvrijwillige zorg binnen de vastgestelde termijn af te bouwen, moet er extern advies ingewonnen worden. Ook hiervoor kan Prisma bijvoorbeeld het CCE inschakelen.

Wanneer onvrijwillige zorg in het zorgplan is opgenomen, zal ook de evaluatie van het zorgplan middels een MDO moeten plaatsvinden. Vanzelfsprekend zal het evalueren van de uitvoering van het zorgplan eerder dan na zes maanden moeten plaatsvinden als de situatie van een cliënt daartoe aanleiding geeft. Het verlenen van onvrijwillige zorg, voorzien in het zorgplan of onvoorzien, is in ieder geval een aanleiding. De zorgverantwoordelijke moet periodiek een aangepast zorgplan vaststellen als de ontwikkelingen daartoe aanleiding geven. Deze aanpassing moet weer volgens de in de Wet Zorg en dwang vastgelegde procedures verlopen.¹⁴²

In het zorgplan moet worden aangegeven welke vormen van onvrijwillige zorg met of zonder instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger mogen worden toegepast en welke zorg hem ondanks het ontbreken van instemming of ondanks verzet mag worden verleend. Ook moet worden aangegeven waarom de toepassing nodig wordt geacht. Verder moet worden aangegeven wat het ernstige nadeel inhoudt. De zorgverantwoordelijke moet duidelijk maken welke alternatieven zijn uitgetoetst en dat gekozen is voor het minst ingrijpende middel. Dit maakt de toepassing van dwang per cliënt inzichtelijk en legt de motieven voor toepassing vast, zodat deze toetsbaar worden. Deze onderwerpen komen ook in elk gevoerd MDO aan de orde.¹⁴³

5.2.3.3 Uitvoeren van onvrijwillige zorg in het zorgplan

Dat de mogelijkheid tot het verlenen van onvrijwillige zorg al in het zorgplan kan zijn beschreven, neemt niet weg dat de beslissing tot toepassing ervan, gezien haar ingrijpende aard, niet lichtvaardig mag worden genomen. Voor het toepassen van onvrijwillige zorg moet daarom per keer de afweging worden gemaakt of de concrete situatie die van tevoren in het zorgplan was omschreven als ernstig nadeel, zich daadwerkelijk voordoet. In sommige gevallen valt daar ook de dreiging van ernstig nadeel onder. De zorgverlener moet toetsen of voldaan is aan de eisen van doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit door nogmaals na te gaan of de onvrijwillige zorg die hij wil toepassen noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen en of er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn, die wellicht ten tijde van het opstellen van het zorgplan nog niet waren bedacht. Ook moet hij ervoor zorgen dat er verantwoord toezicht is tijdens de uitvoering van de onvrijwillige zorg.¹⁴⁴

¹⁴⁰ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 52 en 53.

¹⁴¹ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 54.

¹⁴² Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 51 en 55.

¹⁴³ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 54.

¹⁴⁴ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 56.

Wat 'verantwoord toezicht' is, wordt door de Wet Zorg en dwang niet bepaald. De risico-inschatting die de zorgaanbieder maakt, speelt hierbij een rol.¹⁴⁵ In paragraaf 5.1.3.1 is al ingegaan op de risico-taxatie.

De beslissing tot het toepassen van onvrijwillige zorg moet, net als het uitvoeren ervan, controleerbaar zijn. In verband hiermee schrijft de Wet Zorg en dwang voor dat, zo mogelijk voorafgaand aan de toepassing van onvrijwillige zorg, de cliënt of zijn vertegenwoordiger moet worden geïnformeerd hierover, tenzij dit informeren kennelijke ernstige bezwaren met zich meebrengt voor de cliënt. Te denken valt hierbij aan de situatie waarin de cliënt de strekking van de informatie niet begrijpt, maar er wel bijzonder onrustig of angstig van kan worden. Er moet worden overlegd met de zorgverantwoordelijke en met de deskundige die met de opname van de bewuste dwang in het plan heeft ingestemd voordat uitvoering wordt gegeven aan de onvrijwillige zorg.¹⁴⁶ Voor Stichting Prisma verandert er wat dit betreft niet zo veel. Er wordt op dit moment al geprobeerd toestemming te verkrijgen van de cliënt en/of de vertegenwoordiger voor er toepassing wordt gegeven aan M&M of M&M Nood. De cliënt en/of vertegenwoordiger wordt dus al op de hoogte gebracht.

5.2.3.4 Onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties

Een cliënt kan bijvoorbeeld als gevolg van een medisch probleem onvoorzien agressief gedrag gaan vertonen. Ook kan het zijn dat in het zorgplan niet is voorzien dat een cliënt zich verzet tegen bepaalde onderdelen van de zorg, waardoor die onderdelen niet als onvrijwillige zorg zijn aangeduid. Daarom is er de mogelijkheid om, onder strikte voorwaarden, buiten het zorgplan om toch onvrijwillige zorg toe te passen, bijvoorbeeld bij een cliënt met een lichte verstandelijke beperking die zich verzet tegen opname en verblijf.¹⁴⁷ De maximum duur voor het toepassen van onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties is twee weken, omdat dat voldoende tijd biedt om alsnog een (aangepast) zorgplan tot stand te brengen. Indien een bepaalde situatie zich regelmatig voordoet, is zij te voorzien en dient het zorgplan daarop te worden aangepast.¹⁴⁸ Indien het een vrijwillige opname of een opname op basis van geen verzet noch instemming betreft en de cliënt zich zodanig tegen de zorgverlening verzet dat het verlenen van cliëntgerichte zorg feitelijk onmogelijk is, dient er voor deze cliënt alsnog een rechterlijke machtiging te worden aangevraagd.¹⁴⁹

5.2.4 Registratie en administratieve voorschriften

In deze paragraaf wordt uiteengezet wat de gevolgen van de nieuwe bepalingen in de Wet Zorg en dwang omtrent de registratie van onvrijwillige zorg en administratieve voorschriften zijn voor Stichting Prisma.

5.2.4.1 Register

Het is vereist dat een regelmatige, dat wil zeggen met een frequentie van eens in de zes maanden, kennisgeving aan de inspectie van het verlenen van onvrijwillige zorg plaatsvindt. Dit is anders dan bij de Wet Bopz het geval was, daar moest van elke dwangbehandeling of M&M Nood melding plaatsvinden bij de inspecteur. Het maken van een overzicht heeft als bijkomend voordeel dat de zorgaanbieder ook zelf inzicht krijgt in de frequentie waarin vrijheidsbeperkingen voorkomen. Als het een structureel toe te passen maatregel betreft, zoals het gebruik van bedhekken, volstaat dat wordt opgenomen voor welke cliënten daarvan gedurende de hele periode sprake is geweest.¹⁵⁰ Stichting Prisma hoeft dus geen

¹⁴⁵ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 16.

¹⁴⁶ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 56.

¹⁴⁷ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 49.

¹⁴⁸ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 57.

¹⁴⁹ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 49.

¹⁵⁰ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 58 en 59.

rechtstreekse melding van onvrijwillige zorg meer te doen bij de Inspectie. Wel moet ze alle toepassingen van onvrijwillige zorg bijhouden, om ze dus eenmaal per half jaar op te sturen. Op dit moment worden alle toegepaste dwangbehandelingen, M&M en M&M Nood al geregistreerd door Prisma.

5.2.4.2 Beleidsplan

De bepaling dat er een beleidsplan opgesteld moet worden, kwam niet voor in de Wet Bopz. In de Wet Zorg en dwang wordt deze regel geïntroduceerd, waarbij ook regels worden gesteld over de inhoud hiervan.¹⁵¹ Stichting Prisma hanteert op dit moment, zoals eerder vermeld, de Beleidsnota Vrijheidsbeperkende Middelen.¹⁵² Het advies is om een geheel nieuw beleidsplan op te stellen, waarbij de regels uit de Wet Zorg en dwang duidelijk worden uitgelegd, zodat ze voor elke medewerker te begrijpen zijn. Op die manier is de kans het grootst dat de regels uit de Wet Zorg en dwang op de juiste manier uitgevoerd worden. Eventueel kan daarbij dit onderzoek gebruikt worden.

5.3 Klachtrecht

De klachtencommissie is het orgaan waar een cliënt kan opkomen tegen een naar zijn oordeel onterechte of onjuiste toepassing van maatregelen. Alle zorgaanbieders zullen zich moeten aansluiten bij een onafhankelijke klachtencommissie waarbij hun cliënten een oordeel kunnen verkrijgen over een klacht die zij over een zorgaanbieder hebben. De klachtencommissie moet ingesteld worden door één of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en één of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders.¹⁵³ Er wordt in de Wet Zorg en dwang niet gesteld hoe kan worden beoordeeld of dit het geval is. Wellicht dat dit in de toekomst, bij verdere behandeling van het wetsvoorstel, wel duidelijk wordt. Stichting Prisma maakt op dit moment deel uit van een klachtencommissie. Er zal na moeten worden gegaan of deze ingesteld is “door één of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en één of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders”. Als dit niet het geval is, zal de klachtencommissie ervoor moeten zorgen dat hiervan wel sprake is op het moment dat de Wet Zorg en dwang in werking treedt.

De indiening van de klacht kan zowel schriftelijk als mondeling gebeuren. Op deze manier wordt de drempel voor de cliënt om een klacht in te dienen, zo laag mogelijk gehouden. Dat de indiening mondeling gedaan kan worden, is nieuw ten opzichte van de Wet Bopz. Nieuwe bepalingen zijn tevens dat de leden van de commissie niet werkzaam mogen zijn bij of voor de zorgaanbieder en dat de commissie minimaal vijftig klachten per jaar moet behandelen. Ten slotte wordt de bepaling geïntroduceerd dat de commissie ten behoeve van de vervulling van haar taak zich in elk geval op de hoogte houdt van de ontwikkelingen op het terrein van het verlenen van zorg en onvrijwillige zorg. Dit kan bijvoorbeeld door het bijwonen van symposia of het volgen van cursussen.

De klachtmogelijkheid die gecreëerd wordt in de Wet Zorg en dwang laat de cliënt de keuze of hij een klacht wil indienen bij een klachtencommissie op grond van de Wet Zorg en dwang of dat hij ervoor kiest om een klacht in te dienen bij een klachtencommissie die is ingesteld op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. De laatste klachtencommissie is ingesteld door de zorgaanbieder zelf. Er kan van een onafhankelijke klachtencommissie worden gesproken indien de bij de commissie aangesloten zorgaanbieders geen bijzondere persoonlijke of zakelijke betrekkingen hebben met de personen die de commissie vormen. Dat de commissie eenvoudig toegankelijk moet zijn, houdt in dat zij in ieder geval niet aan

¹⁵¹ Art. 14b Wet Zorg en dwang

¹⁵² Bijlage II, *Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen*

¹⁵³ *Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 72.*

de andere kant van het land moet zitten dan waar de cliënt door de zorgaanbieder zorg verkrijgt. De commissie kan zelf geen nieuwe beslissing nemen na een klacht gegrond te hebben verklaard. Dan zou zij teveel treden in de beroepsuitoefening van de zorgaanbieder. Bij een beroep bij de rechter, oordeelt deze niet over de beslissing van de commissie, maar over de klacht zelf.¹⁵⁴

5.4 Cliëntenvertrouwenspersoon en mentorschap

In deze paragraaf wordt ingegaan op wat Prisma moet doen om aan de eisen uit de Wet Zorg en dwang omtrent de cliëntenvertrouwenspersoon en het mentorschap te voldoen.

5.4.1 Cliëntenvertrouwenspersoon

De bepaling dat iedere cliënt een beroep kan doen op de cliëntenvertrouwenspersoon is nieuw ten opzichte van de Wet Bopz. Uit de Wet Bopz vloeit namelijk voort dat alleen psychiatrisch ziekenhuizen, die geen zwakzinnigeninrichting, verpleeginrichting of justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden zijn, er zorg voor moet dragen dat een patiënt gebruik kan maken van een patiëntenvertrouwenspersoon.¹⁵⁵ Voor Stichting Prisma is dit dus op dit moment nog niet verplicht.

Op dit moment zijn er verschillende vertrouwenspersonen binnen Prisma, zowel interne als externe. Zowel cliënten als medewerkers kunnen bij hen terecht. Deze vertrouwenspersonen zijn echter vooral gericht om problemen in de trant van seksuele intimidatie op te vangen. De taak van de vertrouwenspersonen op dit moment komt dus niet overeen met de taak die zij onder de Wet Zorg en dwang zullen krijgen. Tevens zijn er klachtenbemiddelaars aanwezig bij Prisma, maar ook deze personen hebben op dit moment niet dezelfde taak als dat zij moeten hebben onder de Wet Zorg en dwang. Omdat er bij nadere regelgeving nog regels gesteld kunnen worden over de onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon, is nu nog niet te zeggen wie deze taak binnen Prisma op zich zou kunnen nemen. Indien deze persoon aangesloten mag zijn bij Stichting Prisma, zou het takenpakket van de vertrouwenspersoon die op dit moment binnen Stichting Prisma werkzaam is, kunnen worden uitgebreid zodat dit overeenkomt met het takenpakket uit de Wet Zorg en dwang.

5.4.2 Mentorschap

Ook de bepaling met betrekking tot het mentorschap wordt geïntroduceerd in de Wet zorg en dwang. Het benoemen van een mentor voor de cliënt is verplicht, als er geen andere vertegenwoordiger aanwezig is. Daarmee wordt een vangnet gecreëerd voor cliënten die kind noch kraai hebben. Het blijft ter beoordeling van de rechter of daadwerkelijk een mentorschap wordt ingesteld. Naar verwachting zal het aantal personen voor wie krachtens deze bepaling mentorschap dient te worden aangevraagd zeer klein blijven. Zolang geen mentor is benoemd waarmee het zorgplan kan worden afgestemd, zal de zorgverantwoordelijke een zorgplan moeten opstellen waarin hij zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen van de cliënt. Zodra de mentor is benoemd, ligt het in de rede dat de zorgverantwoordelijke op dit zorgplan instemming van de mentor tracht te verkrijgen. Mogelijk leidt dat tot aanpassingen in het zorgplan.¹⁵⁶

Stichting Prisma zal in kaart moeten brengen of er cliënten zijn die geen vertegenwoordiger hebben. Hier kan zij op dit moment al mee beginnen. Daarna zal ze een verzoek moeten indienen bij de rechtbank, ter verkrijging van het mentorschap. Als Prisma dit verzoek indient, zal er in het verzoekschrift vermeldt moeten worden waarom de betrokken persoon,

¹⁵⁴ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 72 en 73.

¹⁵⁵ Art. 1 lid 1 Bpv-Bopz

¹⁵⁶ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 48.

zijn echtgenoot, zijn geregistreerde partner dan wel andere levensgezel, zijn bloedverwanten in rechte lijn, zijn voogd, zijn curator of zijn bewindvoerder niet tot indiening van een verzoek zijn overgegaan.¹⁵⁷

¹⁵⁷ Art. 1:451 lid 1 en 2 BW



6. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt in de eerste paragraaf antwoord gegeven op de hoofdvraag. Vervolgens worden in de tweede paragraaf aanbevelingen gedaan aan Stichting Prisma. Per deelparagraaf wordt ingegaan op een onderwerp dat op dit moment of na de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang aanpassing behoeft.

De hoofdvraag is:

Is het beleid dat op dit moment geldt binnen Stichting Prisma met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht in overeenstemming met de Wet Bopz, en in hoeverre wordt dit beleid in dit kader beïnvloed op het moment dat de Wet Zorg en dwang in werking treedt?

6.1 Conclusies

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. Per deelparagraaf zal een onderwerp behandeld worden.

6.1.1 Gevaarscriterium / Ernstig nadeel

Het gevaarscriterium uit de Wet Bopz wordt in de Wet Zorg en dwang vervangen door het ernstig nadeelcriterium. Prisma moet bij de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang gaan toetsen aan dit criterium.

6.1.2 Behandelingsplan / Zorgplan

Op sommige punten worden er aan het POP door Prisma strengere eisen gesteld dan de regels die volgen uit de Wet Bopz. Daar tegenover staat echter dat een paar regels uit de Wet Bopz ontbreken in het beleid van Stichting Prisma.

Het POP wordt met de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang vervangen door het zorgplan. Een nieuwe term hierbij is de zorgverantwoordelijke. De Bopz-arts speelt geen rol meer. In de Wet Zorg en dwang is vastgelegd dat er op meerdere momenten MDO's moeten plaatsvinden dan nu het geval is. Bij alle MDO's die gevoerd worden, wordt een risico-inventarisatie gemaakt. In sommige gevallen is het vastgesteld welke personen er in ieder geval bij een MDO aanwezig moeten zijn. Dit is echter niet altijd het geval, dan bepaalt de zorgverantwoordelijke welke personen hierbij aanwezig zijn. Soms is ook vastgelegd dat er externe deskundige bij het MDO aanwezig moet zijn, of dat aan deze persoon advies moet worden gevraagd. Om onvrijwillige zorg op te kunnen nemen in het zorgplan moet voldaan zijn aan strenge criteria. Als er onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen, moet dit apart en gemotiveerd in het plan beschreven worden.

6.1.3 Dwangbehandeling, M&M, M&M Nood / Onvrijwillige zorg

Wat Stichting Prisma in haar beleidsnota over dwangbehandeling vast heeft staan, komt zo goed als overeen met wat in de Wet Bopz geregeld is. De eis die uit de jurisprudentie volgt, dat een dwangbehandeling niet langer mag duren dan strikt noodzakelijk is, ontbreekt. Ook staat dwangbehandeling niet bij het overzicht van de Bopz-gegevens die Prisma schriftelijk aan de inspectie moet melden.

Voor het toepassen van een M&M wordt een stappenplan gevolgd. Het beleid met betrekking tot de M&M is in overeenstemming met de regels uit de Wet Bopz. In de beleidsnota wordt verschillende keren over M&M Nood gesproken, met steeds verschillende criteria. Het advies is om elke keer hetzelfde criterium te noemen als in de Wet Bopz staat.



Ook voor toepassing van M&M Nood is een stappenplan opgesteld, deze werkwijze heeft zowel voordelen voor de cliënt als voor Stichting Prisma. De protocollen die gevolgd moeten worden bij toepassing van een middel of maatregel zijn volledig, duidelijk en overzichtelijk opgesteld en de procedures in dit kader worden op een juiste manier beschreven. Het enige wat niet juist in de protocollen staat, is de definitie van fixatie. Die staat in het Fixatie protocol te eng beschreven.

Met de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang wordt het begrip onvrijwillige zorg geïntroduceerd. Het advies is dat Prisma het begrip 'onvrijwillige zorg' definieert in haar beleid, zodat voor iedereen duidelijk is wanneer hiervan sprake is. De begrippen dwangbehandeling, M&M en M&M Nood verdwijnen, die worden als het ware onder het begrip onvrijwillige zorg geschaard. Er zijn twee vormen van onvrijwillige zorg waarbij de toepassing of opname ervan in het zorgplan te allen tijde altijd behandeld en geregistreerd moet worden altijd als onvrijwillig. Op de vraag wat gedragsbeïnvloedende medicatie is, valt nog geen eenduidig antwoord te geven. Psychofarmaca en stemmingsstabilisatoren behoren in ieder geval wel tot deze categorie. Een algemene conclusie met betrekking tot onvrijwillige zorg is dat er bij Prisma met de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang vaker sprake zal zijn van onvrijwillige zorg dan nu het geval is. Het gevolg hiervan is dat er voor meer cliënten een procedure voor een rechterlijke machtiging of voor opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging gestart moet worden.

6.1.4 Registratie / Registratie & administratieve voorschriften

Het beleid van Prisma omtrent registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen is volledig en helder.

Prisma hoeft bij de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang geen rechtstreekse melding van onvrijwillige zorg meer te doen bij de inspectie. Wel moeten alle toepassingen van onvrijwillige zorg bijgehouden worden, zodat ze eenmaal per halfjaar opgestuurd kunnen worden. Nieuw in de Wet Zorg en dwang is dat wettelijk vastgelegd is dat er een beleidsplan opgesteld moet worden.

6.1.5 Klachtrecht

Een paar regels uit de Wet Bopz ontbreken in het klachtreglement van de klachtcommissie waarbij Prisma aangesloten is. Wat in de Beleidsnota Vrijheidsbeperkende maatregelen staat komt niet overeen met wat in het Reglement van de klachtencommissie staat. Het is onduidelijk waar deze regels op gebaseerd zijn.

In de Wet Zorg en dwang worden ten aanzin van het klachtrecht een paar regels geïntroduceerd of veranderd ten opzichte van de Wet Bopz.

6.1.6 Cliëntenvertrouwenspersoon en mentorschap

De cliëntenvertrouwenspersoon is een persoon die wordt geïntroduceerd in de Wet Zorg en dwang. Het is nog niet bekend in welke mate de cliëntenvertrouwenspersoon onafhankelijk moet zijn van de zorgaanbieder.

Ook het mentorschap is een nieuw begrip in de Wet Zorg en dwang ten opzichte van de Wet Bopz. Prisma moet een mentor benoemen, als er voor een cliënt die onvrijwillige zorg ontvangt geen andere vertegenwoordiger aanwezig is.



6.2 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden, naar aanleiding van de conclusies uit de vorige paragraaf, aanbevelingen gedaan aan Stichting Prisma. Niet bij elke conclusie kan op dit moment een aanbeveling worden gedaan. Per deelparagraaf wordt een onderwerp behandeld waartoe wel een aanbeveling te doen is.

6.2.1 Behandelingsplan / Zorgplan

Het advies is om de regel uit de Wet Bopz, dat er overleg met de huisarts van de patiënt en met de instelling of de psychiater die de patiënt voor zijn opname behandelde of begeleidde plaats moet vinden, toe te voegen aan de handleiding over het maken en werken met het POP. Daarnaast is het aan te bevelen dat in de handleiding en aan medewerkers duidelijk wordt gemaakt dat de Bopz-arts verantwoordelijk is en dat het aan deze persoon gemeld moet worden als er geen overeenstemming over het POP bereikt kan worden.

Als de Wet Zorg en dwang in werking is getreden, zou binnen Prisma de teamleider de zorgverantwoordelijke kunnen worden. Het advies is om de risicotaxatie zoals die nu plaatsvindt, toe te spitsen op het ernstig nadeelcriterium. Wanneer in de Wet Zorg en dwang niet is vastgelegd welke personen er bij een MDO aanwezig moeten zijn, kan hierbij door Prisma gedacht worden aan de voormalig Bopz-arts, een verpleegkundige, psycholoog of orthopedagoog. Als er een externe deskundige geraadpleegd moet worden, zou Prisma hiervoor via het CCE een deskundige kunnen inschakelen.

6.2.2 Dwangbehandeling, M&M, M&M Nood / Onvrijwillige zorg

Het advies is om de regel die volgt uit de jurisprudentie, dat een dwangbehandeling niet langer mag duren dan strikt noodzakelijk is, over te nemen in de beleidsnota. Het is aan te bevelen om het begrip 'dwangbehandeling' toe te voegen aan het overzicht van de te melden Bopz-gegevens. Het is aan te bevelen om bij het Fixatie protocol de zinsnede uit de Wet Bopz over te nemen. Het advies aan Stichting Prisma is om al te gaan inventariseren voor welke cliënten een procedure tot rechterlijke machtiging of tot opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging gestart moet worden, om zo de organisatorische last bij inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang te spreiden.

6.2.3 Registratie / Registratie en administratieve voorschriften

Het advies is om, in afwachting van de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang, een geheel nieuw beleidsplan op te stellen, gericht op de regels uit de Wet Zorg en dwang. Dit onderzoek zou daarbij als hulpmiddel kunnen dienen.

6.2.4 Klachtrecht

Het advies is om de regels uit de Wet Bopz die ontbreken, toe te voegen in het reglement van de klachtcommissie. Daarnaast is het aan te bevelen om, na de aanpassing van het reglement, het hoofdstuk klachtbehandeling dat op dit moment in de Beleidsnota Vrijheidsbeperkende maatregelen staat, te vervangen door het aangepaste reglement van de klachtencommissie.

Met betrekking tot de inwerkingtreding van de Wet Zorg en dwang is het advies om na te gaan of de klachtcommissie op dit moment is ingesteld door minstens één representatief te achten cliëntenorganisaties en minstens één representatief te achten organisaties van zorgaanbieders.

6.2.5 Cliëntenvertrouwenspersoon en mentorschap

Het advies is om af te wachten in hoeverre de cliëntenvertrouwenspersoon onafhankelijk moet zijn van de zorgaanbieder. Naar aanleiding daarvan kan een persoon aangewezen worden die de taak van cliëntenvertrouwenspersoon op zich kan nemen of kunnen de taken van de huidige vertrouwenspersoon verruimd worden.

Het advies aan Stichting Prisma is om na te gaan voor welke cliënten een mentorschap aangevraagd moet worden, daar kan zij nu al mee beginnen. Als dit nodig is, zal Prisma daarna een verzoek moeten indienen bij de rechtbank, ter verkrijging van het mentorschap.



Evaluatie

Er is onderzoek gedaan naar de Wet Bopz en naar de Wet Zorg en dwang. Wat betreft de Wet Bopz biedt dit onderzoek een overzicht van het beleid van Stichting Prisma, afgezet tegen de regels uit de Wet Bopz. Na bestudering van dit onderzoek weet Stichting Prisma in hoeverre haar beleid overeenkomt met de regels uit de Wet Bopz omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtrecht. Dankzij de aanbevelingen in dit onderzoek, kan Prisma aanpassingen doen in haar beleidsnotities om deze geheel aan te laten sluiten op de Wet Bopz. Dit gedeelte, dat de eerste twee deelvragen van het onderzoek beslaat, laat geen losse eindjes open.

Wat betreft de Wet Zorg en dwang is gebruik gemaakt van een wetsvoorstel en van de Memorie van Toelichting op dit wetsvoorstel. Deze stukken liggen nog ter behandeling bij de Tweede Kamer. Verder bestaan er nog geen handboeken over de Wet Zorg en dwang en is er uiteraard nog geen jurisprudentie gewezen over dit wetsvoorstel. Hierdoor laat dit onderzoek wat betreft de Wet Zorg en dwang wat eindjes open. Er wordt bijvoorbeeld gesproken over AMvB's die nog opgesteld moeten worden, en niet alle begrippen zijn al eenduidig uit te leggen. Daarnaast kunnen er nog meer nota's van wijzigingen komen, waardoor het wetsvoorstel zoals die nu ligt, aangepast kan worden. De organisatie weet nu (in ieder geval in grote lijnen) wat zij kan verwachten als de Wet Zorg en dwang in werking treedt. Verder kan Prisma dit onderzoek gebruiken om een nieuwe beleidsnota op te stellen en om zich voor te bereiden op de Wet Zorg en dwang, die ongetwijfeld ooit komen gaat.

Bronnenlijst

Boeken:

Hermans & Buijsen 2006

H.E.G.M. Hermans & M.A.J.M. Buijsen, *Recht en gezondheidszorg*, Maarssen: Elsevier Gezondheidsrecht 2006.

Keurentjes 2002

Mr. R.B.M. Keurentjes, *De Wet Bopz. De betekenis van de wet voor de beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers BV 2002.

Leenen, Gevers & Legemaate 2011

Prof. dr. H.J.J. Leenen, prof. mr. J.K.M. Gevers & prof. mr. J. Legemaate, *Handboek gezondheidsrecht. Deel I: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2011.

Artikelen in tijdschriften:

E. Stikker e.a., 'De rechter volgt de psychiater; een onderzoek naar de jurisprudentie over Bopz-aanvragen en –beslissingen in Nederland', *Tijdschrift voor psychiatrie* 2008, p. 567-577.

Rapporten, scripties en niet gepubliceerde werken:

Brochure Ministerie van Veiligheid en Justitie, *Handreiking voor de boordeling van wilsonbekwaamheid (voor de hulpverlener)*, licht gewijzigde versie, januari 2007.

Stichting Prisma, *Functiebeschrijving begeleider A*, 8 juni 2000.

Stichting Prisma, *Risico-taxatie en managementplan*

Wet- en regelgeving:

Art. 1: 451 lid 1 en 2 BW

Besluit klachtenbehandeling Bopz

Besluit middelen en maatregelen Bopz

Besluit patiëntenvertrouwenspersoon Bopz

Besluit rechtspositieregelen Bopz

Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden

Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis Bopz

Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Zorgindicatiebesluit

Parlementaire stukken van de Tweede kamer:

Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 2 (wetsvoorstel Wet Zorg en dwang).

Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3 (MvT).

Elektronische bronnen:

<www.clb.nl>

<www.cce.nl> consultatie> wat is een consultatie>

Overig

Mailcontact met Mariette Nelissen, communicatieadviseur CCE d.d. 19 november 2012.

Mailcontact met mr. dr. B.J.M. Frederiks, universitair docent gezondheidsrecht d.d. 5 november 2012.

Presentatie J. van Erp, NVAVG, september 2011.

