De Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg: een verbetering?

Bachelorscriptie over de WVGGZ ter vervanging van de Wet BOPZ in de psychiatrie

Jantine de Vries, 347797

Erasmus Universiteit Rotterdam

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Begeleider: Mr. O.A.M. Floris
Meelezer: F. Lötters

# Voorwoord

*Lof, majesteit en wijsheid,
dank en eer en macht en kracht
komen onze God toe,
tot in eeuwigheid.
- Openbaringen 7:12 -*

Deze scriptie heb ik geschreven ter afsluiting van de bachelor Gezondheidswetenschappen, Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Via deze weg wil ik mw. Mr. O.A.M. Floris bedanken voor de begeleiding, kritische feedback en het meedenken tijdens het onderzoek en schrijven van mijn scriptie. Ook wil ik dhr. F. Lötters bedanken voor de tijd die hij wilde vrij maken een tweede kritische blik te werken op mijn scriptie. Daarnaast wil ik alle respondenten bedanken die hebben meegewerkt aan mijn onderzoek. Zij hebben tijd vrij gemaakt en eerlijk en open verteld over hun ervaringen in de psychiatrie en met de Wet BOPZ, dit waren vaak bijzondere en zeer interessante gesprekken. In het bijzonder wil ik de Stichting PVP bedanken voor de hulp en het meedenken met mijn onderzoek. Ten slotte wil ik hen in mijn naaste omgeving bedanken voor de steun en de interesse die zij hebben getoond tijdens het schrijven van de scriptie.

# Samenvatting

Dit onderzoek gaat over de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg die de huidige Wet BOPZ zal gaan vervangen. De Wet BOPZ regelt onder andere voorwaarden waaronder iemand die lijdt aan een stoornis van de geestvermogens gedwongen opgenomen en eventueel behandeld mag worden. De wet kent echter een aantal knelpunten. Allereerst is de reikwijdte van de Wet BOPZ mogelijk te beperkt. Zo wordt er gepleit mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten niet meer onder deze wet te laten vallen. Ook is het volgens zorgprofessionals onlogisch dat men patiënten alleen binnen de muren van de instelling kan behandelen. De machtigingen in de Wet BOPZ lijken veel op elkaar en het gevaarscriterium is mogelijk te eng geformuleerd. Verder is het toepassen van dwangbehandeling een ingewikkelde procedure en geeft dit veel administratief werk. Op dit moment bestaan er veel behandelplannen naast elkaar en sluiten deze niet goed op elkaar aan. Ten slotte werkt de beslissingsbevoegdheid niet optimaal. De rechter beslist over de dwangopname maar niet over de dwangbehandeling, dit doet de behandelaar wat opmerkelijk is. De Wet BOPZ is niet meer van deze tijd en wordt vervangen door de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGGZ). Deze wet zal alleen gaan gelden voor mensen met een psychiatrische stoornis. De opname zal niet meer centraal komen te staan maar de zorg komt centraal te staan en kan ook buiten de muren van de instelling toegepast worden. Gedwongen zorg zal ‘verplichte zorg’ gaan heten en kan op basis van een zorgmachtiging verleend worden wanneer de zorgverantwoordelijke hiertoe beslist. De zorgmachtiging komt in plaats van de huidige rechterlijke machtigingen. Het gevaarscriterium uit de Wet BOPZ zal worden vervangen door het schadecriterium. De betrokkenheid van de familie wordt in de WVGGZ vergroot. De klachtencommissie zoals deze nu bestaat wordt vervangen door een regionale klachtencommissie. De geneesheerdirecteur zal een regierol krijgen en tenslotte zal het meldpunt OGGz (openbare geestelijke gezondheidszorg) worden opgenomen in de WVGGZ. Deze veranderingen brengen zowel succes- als faalfactoren met zich mee. In deze scriptie zijn deze succes- en faalfactoren onderzocht aan de hand van literatuuronderzoek en interviews met zorgprofessionals, patiënten die aanraking zijn (geweest) met de Wet BOPZ en patiëntenvertrouwenspersonen. Wat als verbetering werd gezien vanuit het ene perspectief werd niet altijd ook als verbetering gezien vanuit het andere perspectief. Professionals en patiënten dachten vaak verschillend over bepaalde veranderingen. Toch konden er conclusies getrokken worden over succes- en faalfactoren van de WVGGZ. Vanuit de interviews zijn verschillende verbeteringen aan het licht gekomen. Allereerst dat de WVGGZ meer toegespitst zal zijn op de psychiatrie. Daarnaast is dwangbehandeling gemakkelijker toe te passen wat volgens professionals een verbetering is. Ook zou ambulante verplichte zorg opnames kunnen voorkomen wat valt te prefereren boven gedwongen opname. De komst van één zorgmachtiging is minder verwarrend dan de huidige machtigingen. Ook is het schadecriterium volgens professionals eenvoudiger te hanteren dan het huidige gevaarscriterium. De WVGGZ kent echter ook een aantal belangrijke knelpunten. De splitsing van de Wet BOPZ houdt mogelijk te weinig rekening met een groot grijs gebied van patiënten die onder beide wetten kunnen vallen. Daarnaast wordt het thuis kunnen behandelen door patiënten als beangstigend ervaren en kan dit een inbreuk zijn op zwaarwegende mensenrechten. Het schadecriterium in de WVGGZ is breder dan het gevaarscriterium wat kan resulteren in meer opnames van mensen die niet in de geestelijke gezondheidszorg thuis horen. Ook zouden professionals en patiënten de huidige voorwaardelijke machtiging graag willen behouden. Verplichte zorg wordt met de WVGGZ gemakkelijker toe te passen wat door patiënten niet wordt toegejuicht. Zo wordt dwang mogelijk te snel toegepast. Het nieuwe zorgplan in plaats van behandelplan moet aan veel criteria voldoen. Onduidelijk is echter hoe het zorgplan er precies uit moet gaan zien en op welke termijn het zorgplan aan alle criteria moet voldoen. Het zorgplan wordt opgesteld door een zorgverantwoordelijke maar onzeker is welke zorgprofessional hier geschikt voor is. De constructie met de geneesheerdirecteur die een regierol krijgt toegewezen zorgt voor een mogelijk te prominente rol voor de geneesheerdirecteur die op deze manier ook een dubbele pet op krijgt en bovendien te maken krijgt met een hogere werkdruk. Ten slotte roept het meldpunt OGGz veel weerstand op van patiënten die vrezen voor misbruik van dit meldpunt en meer onnodige opnames.

# Abstract

This research concerns the law ‘Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg’ (WVGGZ) which is going to substitute the BOPZ law in the Netherlands. The BOPZ law consist of rules under which conditions individuals with impairments of mental faculties can be taken into compulsory admission or can be placed under committed treatment. This law however has a few serious bottlenecks/limitations. First of all, its scope may be too narrow. It is advocated, for instance, to exclude individuals with mental disabilities and psychogeriatric patients from this law. Additionally, according to professionals in health care it does not make sense to narrow patient care down to care within the walls of a treatment setting. The care warrants of the BOPZ law are very much alike and the risk criterion may be too narrowly formulated. Executing compulsory treatment is a complex procedure leading to a high volume of administrative work. At the moment, many treatment coexist and they fail to connect. Finally the decision competence is not working in an optimal way. It is remarkable that the judge decides on compulsory admission, without being in compulsory treatment. The BOPZ law is obsolete and will be substituted by the WVGGZ. This new law will only apply for individuals / patients with a psychiatric disorder. No longer will admission be central to the law, but the care itself, and it can also be applied outside the walls of the treatment setting. Compulsory care will become obligatory care, and can be given based on care warrants of a care professional. Care warrants will substitute the current law admissions. The risk criterion of the BOPZ law will be replaced by a damage criterion. In the WVGGZ the engagement of the family will be enlarged. The national complaints committee will be replaced by a regional complaints committee. The medical director will deserve a more directional function. Finally, the reporting point for reporting point public mental health care (openbare geestelijke gezondheidszorg, OGGZ) will be included in the WVGGZ. These changes will be accompanied by both successes and limitations. This thesis examines those successes and limitations by means of a literature search, interviews with health care professionals, patient counselors, and patients who have experienced the BOPZ law. There was a difference in perspectives of health care professionals and patients. What some thought to be a good change was evaluated differently by others. However it was still possible to draw some conclusions about the successes and limitations of the WVGGZ. Throughout the interviews several improvements have been highlighted. Firstly, WVGGZ proves to be more focussed on psychiatric disorders. Secondly it is easier to apply compulsory treatment, which professionals believe to be an improvement. Thirdly, obligatory ambulantory care can prevent admissions; which and is preferable over compulsory admission. The arrival of one care warrant is less confusing than current care warrants. In addition, the damage criterion is more useful than the current risk criterion. However there are some bottlenecks in the WVGGZ. The division of the BOPZ law insufficiently takes into account those patients to whom both laws could apply. Treatment at home can be frightening for patients and can violate the highly valued human rights. Compared to the risk criterion, the damage criterion in WVGGZ is broader and can result in more admissions of individuals who do not belong to mental health care. Health care professionals and patients both want to keep the warrant under current conditions. That obligatory care is easier to adopt in the WVGGZ is anything but applauded by the patients, as compulsory care may be applied too easily The new care plan that substitutes the old treatment plan has to meet several criteria. It is unclear what this care plan should look like and what the time frame is for meeting all the criteria. The care plan is composed by a care professional but it is unclear which care professionals will be suitable for this. The new construction in which a medical director receives a more directional function places more working pressure, because the medical director acquires a more prominent role in the organization. Finally, there is a lot of resistance against the reporting point public mental health care (openbare geestelijke gezondheidszorg, OGGZ), by patients who fear abuse of the service and an increasing number of unnecessary admissions.

Inhoudsopgave

[Voorwoord 1](#_Toc359582866)

[Samenvatting 2](#_Toc359582867)

[Abstract 4](#_Toc359582868)

[Hoofdstuk 1: Introductie 8](#_Toc359582869)

[1.1 Inleiding 8](#_Toc359582870)

[1.2 Hoofd- en deelvragen 10](#_Toc359582871)

[1.3 Leeswijzer 10](#_Toc359582872)

[Hoofdstuk 2: Theoretisch kader 10](#_Toc359582873)

[2.1 Knelpunten in de Wet BOPZ 11](#_Toc359582874)

[2.1.1 Reikwijdte 11](#_Toc359582875)

[2.1.2 De IBS en zorgmachtiging 12](#_Toc359582876)

[2.1.3 (On)mogelijkheden tot dwang 14](#_Toc359582877)

[2.1.4 Beslissingsbevoegdheid 15](#_Toc359582878)

[2.2 Verschillen tussen de Wet BOPZ en de WVGGZ 16](#_Toc359582879)

[2.2.1 Reikwijdte 16](#_Toc359582880)

[2.2.2 De IBS en zorgmachtiging 17](#_Toc359582881)

[2.2.3 (On)mogelijkheden tot dwang 19](#_Toc359582882)

[2.2.4 Beslissingsbevoegdheid 21](#_Toc359582883)

[2.3 Conclusie 21](#_Toc359582884)

[Hoofdstuk 3: Methoden 23](#_Toc359582885)

[3.1 Onderzoeksopzet 23](#_Toc359582886)

[3.1.1 Vorm van onderzoek 23](#_Toc359582887)

[3.1.2 Onderzoekspopulatie 23](#_Toc359582888)

[3.1.3 Selectiecriteria 23](#_Toc359582889)

[3.2 Onderzoeksmethoden 24](#_Toc359582890)

[3.2.1 Deelvraag 1 24](#_Toc359582891)

[3.2.2 Deelvraag 2 25](#_Toc359582892)

[3.2.3 Deelvraag 3 25](#_Toc359582893)

[3.2.4 Deelvraag 4 25](#_Toc359582894)

[3.3 Ethische aspecten 26](#_Toc359582895)

[Hoofdstuk 4: Resultaten 27](#_Toc359582896)

[4.1 Inleiding 27](#_Toc359582897)

[4.2 Reikwijdte 27](#_Toc359582898)

[4.2.1 Splitsing van de Wet BOPZ 27](#_Toc359582899)

[4.2.2 Ambulante toepassing van dwang 29](#_Toc359582900)

[4.3 IBS en zorgmachtiging 31](#_Toc359582901)

[4.3.1 Machtigingen 31](#_Toc359582902)

[4.3.2 Schadecriterium 33](#_Toc359582903)

[4.3.3 Familiebetrokkenheid 35](#_Toc359582904)

[4.4 (On)mogelijkheden tot dwang 36](#_Toc359582905)

[4.4.1 Verplichte zorg 36](#_Toc359582906)

[4.4.2 Zorgplan 38](#_Toc359582907)

[4.4.3 Wils(on)bekwaamheid 40](#_Toc359582908)

[4.4.4 Klachtencommissie 41](#_Toc359582909)

[4.5 Beslissingsbevoegdheid 42](#_Toc359582910)

[4.5.1 Rechter en behandelaar 42](#_Toc359582911)

[4.5.2 Geneesheerdirecteur 44](#_Toc359582912)

[4.5.3 Meldpunt OGGZ 45](#_Toc359582913)

[Hoofdstuk 5: Conclusie en discussie 47](#_Toc359582914)

[5.1 Conclusie 47](#_Toc359582915)

[5.1.1 Welke knelpunten kent de Wet BOPZ? 47](#_Toc359582916)

[5.1.2 Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen de Wet BOPZ en de WVGGZ? 49](#_Toc359582917)

[5.1.3 Welke verbeteringen kent de WVGGZ ten opzichte van de Wet BOPZ? 50](#_Toc359582918)

[5.1.4 Welke knelpunten kunnen zich voordoen na de invoering van de WVGGZ? 52](#_Toc359582919)

[5.2 Discussie 55](#_Toc359582920)

[Literatuurlijst 57](#_Toc359582921)

[Bijlage 1: Topiclijst professionals/patiëntenvertrouwenspersonen 59](#_Toc359582922)

[Bijlage 2: Topiclijst patiënten 63](#_Toc359582923)

# Hoofdstuk 1: Introductie

In dit hoofdstuk wordt een inleiding gegeven op het hoofdonderwerp van deze scriptie. De inleiding bevat tevens de aanleiding van het onderzoek. Na de inleiding worden de hoofd- en deelvragen geformuleerd. Tenslotte volgt een leeswijzer.

## 1.1 Inleiding

Sinds 1994 is in Nederland de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) geldende wetgeving. De Wet BOPZ vervangt de Krankzinnigenwet uit 1884 (Widdershoven 2009). De Wet BOPZ regelt onder andere voorwaarden waaronder iemand die lijdt aan een stoornis van de geestvermogens gedwongen opgenomen en eventueel behandeld mag worden. Het gevaarscriterium staat centraal in de Wet BOPZ (Landeweer 2008). Het gaat hier om de voorwaarde waarop een machtiging tot verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting kan worden afgegeven. Het gevaarscriterium wordt beschreven in artikel 2 lid 2 van de Wet BOPZ en houdt in dat de stoornis of (een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens (art. 1 sub d)) van de betrokkene gevaar doet veroorzaken en dit gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. De Wet BOPZ is driemaal geëvalueerd; in 1997, 2002 en 2007 (Landeweer 2008) en is voortdurend in revisie (Gevers 2004). In de eerste twee evaluaties ging het enkel om de bekendheid van de wet onder de hulpverleners. In de derde en laatste evaluatie stond het voortbestaan van de Wet BOPZ ter discussie (Landeweer 2008). Steeds weer blijkt namelijk dat de wet niet geschikt is voor mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten (Gevers 2004; Widdershoven 2006). Al in de eerste evaluatie bleek dat de artikel 60 procedure (waarin de opneming en verblijf in zwakzinnigeninrichtingen en verpleeginrichtingen wordt geregeld) niet voldeed. De rechtsbescherming van de betrokkene wordt niet voldoende gewaarborgd door de beperkte opvatting van het begrip ‘verzet’ en de onvolledige beschrijving van de taak van de indicatiecommissie uit artikel 60 lid 3 Wet BOPZ (ZonMW 2002). De interne rechtsbescherming wordt ook onvoldoende gewaarborgd doordat de begrippen uit de Wet BOPZ niet goed aansluiten op de praktijk in deze sectoren (ZonMW 2002). Daarnaast woedt er een discussie over het uitbreiden van de mogelijkheden voor dwang en drang. Onder drang wordt een vorm van gedragsbeïnvloeding verstaan waarbij de patiënt onder druk wordt gezet om bijvoorbeeld aan een behandeling mee te werken. Het RVZ (1997) spreekt van een continuüm van drang naar dwang. Drang is niet wettelijk vastgelegd. Dwangbehandeling kan toegepast worden onder bepaalde voorwaarden zoals beschreven in artikel 38c Wet BOPZ. Behandelaars pleiten ervoor dat het toepassen van dwang en drang eenvoudiger wordt en er ook in de wet bepalingen worden opgenomen voor dwang en drang buiten de muren van de instelling. Zij vinden dat dit de zorg ten goede komt. Vanuit cliëntenperspectief wordt gepleit voor betere zorg binnen instellingen en minder toepassing van dwang (Landeweer 2008). Kortom: de wet blijkt niet meer te voldoen (Widdershoven 2006) en is niet toekomstbestendig (Keurentjes 2007). Beroepsorganisaties en ook de Gezondheidsraad pleiten voor een fundamentele herziening. Tijdens de laatste evaluatie is besloten dat de wet fundamenteel herzien moet worden. De evaluatiecommissie doet in haar verslag een aantal aanbevelingen ter verbetering van de wet met als doel de verschillende belangen, van zowel behandelaars als cliënten, meer te verenigen (Kwartel 2007). Een splitsing van de Wet BOPZ in twee nieuwe wetten lijkt de beste oplossing (Gevers 2004). Voor de psychiatrie komt in plaats van de Wet BOPZ de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGGZ) en voor de psychogeriatrie en mensen met een verstandelijke beperking komt er de Wet Zorg en Dwang. Beide wetsvoorstellen zijn in 2010 naar de Tweede Kamer gestuurd (Rijkeboer 2010). Op dit moment worden de wetsvoorstellen nog steeds aangepast. Voor het wetsvoorstel WVGGZ is eenmaal een nota van wijziging ingediend. Recentelijk is er voor de Wet Zorg en Dwang een vijfde nota van wijziging ingediend door staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner.

In een Algemeen Overleg tussen de commissies voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie met de ministers voor VWS en Justitie zijn de hoofdpunten van de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg ter sprake geweest. Met name onderwerpen als rechtsbescherming, het nieuwe zorgplan, de rol van de familie, ruimere mogelijkheden voor dwangbehandeling, een multidisciplinaire aanpak, de zorgmachtiging, en de reikwijdte van de wet riepen vragen op bij de commissies (Tweede Kamer 25 763). Ook in de toelichting bij het wetsvoorstel in 2010 worden door verschillende fracties uit de Tweede Kamer vragen gesteld bij het wetsvoorstel (Kamerstuk 32 399 nr. 3). In een verslag van een vergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht komt naar voren dat de nieuwe Wet nog voor veel onduidelijkheden zorgt en het maar de vraag is of hij voor verbetering gaat zorgen (Arends 2010). Ook het Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg, een cliëntenvereniging, heeft veel twijfels bij de nieuwe wet (LPGGz 2012).

Aanleiding voor dit onderzoek is dan ook de vraag of de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg wel een verbetering is ten aanzien van de huidige Wet BOPZ. Gekeken wordt naar de mening van zowel behandelaars als cliënten binnen de geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot de huidige en nieuwe wetgeving. Zowel behandelaars als cliënten stellen ‘goede zorg’ als het belangrijkste criterium. Zij verschillen echter van meningen over wat zij onder ‘goede zorg’ verstaan en de mate waarin de nieuwe wetgeving dit ondersteunt of juist belemmert (Landeweer 2008). Dit onderwerp is zeer actueel en daarom is het relevant onderzoek te doen naar de consequenties van de invoering van de WVGGZ voor de praktijk.

## 1.2 Hoofd- en deelvragen

Naar aanleiding van bovenstaande is de hoofdvraag van dit onderzoek als volgt geformuleerd:
‘Wat zijn de verschillen tussen de huidige wet BOPZ en de toekomstige WVGGZ? Wat zijn succes- of faalfactoren van de nieuwe WVGGZ met betrekking tot de kwaliteit van zorg zoals aangegeven door cliënten en professionals in het werkveld?

De hoofdvraag wordt opgedeeld in de volgende deelvragen:

1. Welke knelpunten kent de Wet BOPZ?
2. Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen de Wet BOPZ en de WVGGZ?
3. Welke verbeteringen kent de WVGGZ ten opzichte van de Wet BOPZ?
4. Welke knelpunten zullen zich naar verwachting voordoen na de invoering van de WVGGZ?

## 1.3 Leeswijzer

In deze paragraaf een korte toelichting op de indeling van deze scriptie. In hoofdstuk twee zullen bevindingen uit de literatuur met betrekking tot de Wet BOPZ en de WVGGZ besproken worden wat dient als theoretisch kader. In hoofdstuk drie worden de methoden beschreven die gebruikt zijn voor dit onderzoek. In hoofdstuk vier volgen de belangrijkste resultaten die gevonden zijn naar aanleiding van het onderzoek in de praktijk en worden de onderzoeksresultaten vergeleken met de theorie. In hoofdstuk vijf worden vanuit de resultaten conclusies getrokken en wordt de onderzoeksvraag beantwoord. Ook bevindt zich in hoofdstuk vijf de discussie met beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek.

# Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden bevindingen vanuit de wetenschappelijke literatuur, zoals kamerstukken, evaluatierapporten en artikelen uit wetenschappelijke tijdschriften over het onderwerp van deze scriptie beschreven. Omdat het om een zeer actueel onderwerp gaat is in deze bronnen de meest nuttige informatie te vinden. Het hoofdstuk is opgedeeld in drie paragrafen. De eerste paragraaf gaat over de knelpunten in de Wet BOPZ. In de tweede paragraaf wordt de Wet BOPZ vergeleken met de WVGGZ en komen hierbij de voor- en nadelen van de WVGGZ aan de orde. Beide paragrafen zijn opgedeeld in dezelfde sub-paragrafen: de reikwijdte, de inbewaringstelling (IBS) en zorgmachtiging, de (on)mogelijkheid tot dwang, en de beslissingsbevoegdheid. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte conclusie als derde paragraaf.

## 2.1 Knelpunten in de Wet BOPZ

Zoals al eerder behandeld, is gebleken dat de Wet BOPZ niet meer voldoet (Widdershoven 2006; Keurentjes 2007). De Wet BOPZ bevindt zich in een impasse van verschillende tegenover elkaar staande belangen (Landeweer 2008). In deze paragraaf worden de belangrijkste knelpunten van de huidige Wet BOPZ behandeld.

### 2.1.1 Reikwijdte

De Wet BOPZ voorziet in voorwaarden waaronder iemand met een psychiatrische stoornis, verstandelijke beperking of psychogeriatrische problematiek gedwongen opgenomen kan worden. Gedwongen opname kan in strijd zijn met belangrijke grond- en mensenrechten. Hier wordt in paragraaf 2.1.2 verder op ingegaan. Het blijkt echter dat de Wet BOPZ niet geschikt is voor mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten (Gevers 2004; Widdershoven 2006). De rechtsbescherming van deze patiënten kan niet voldoende worden gewaarborgd (ZonMW 2002) en er bestaan onduidelijkheden over de procedures rondom wilsonbekwaam verzet en geen bereidheid, geen verzet bij deze patiëntengroepen (Dörenberg 2011). Het eerste belangrijke knelpunt van de Wet BOPZ is dus dat de wet niet geschikt is voor alle patiëntengroepen waarvoor de wet nu wel geldt. Er wordt dus gepleit voor een splitsing van de wet (Dörenberg 2011).

De Wet BOPZ waarborgt bescherming van zowel de interne als de externe rechtspositie van de patiënt. Het gaat bij de interne rechtspositie om regelingen rondom de betrokkene die gedwongen opgenomen is in een BOPZ-instelling. De externe rechtspositie gaat om de bescherming van de rechten van de betrokkene bij gedwongen opname. Gedwongen behandelingen mogen volgens de Wet BOPZ alleen plaatsvinden binnen de muren van de instelling bij patiënten die opgenomen zijn met een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling (art. 38c lid 1 sub b). Toch vinden veel dwang- en drangbehandelingen plaats buiten de in de wet genoemde BOPZ-instellingen (Widdershoven 2006, Arends 2010). De Wet BOPZ beschikt niet over een maatregel voor ambulante dwangtoepassing terwijl dit misschien te prefereren valt boven dwangopname (Widdershoven 2006). Volgens Arends (2010) is het opmerkelijk dat men volgens de Wet BOPZ eerst iemand moet beroven van de vrijheid (wat indruist tegen art. 5 lid 1 EVRM) voordat er gedwongen behandeld kan worden. De reikwijdte van de Wet BOPZ is dus mogelijk te beperkt. Daarnaast sluit de Wet BOPZ niet aan bij de wetgeving omtrent forensische cliënten (Arends 2010). Forensische psychiatrische zorg is de zorg voor justitiabelen (zij die in contact zijn gekomen met strafrechtspleging). Hieronder vallen gedetineerden die gediagnosticeerd zijn met een psychiatrische stoornis en terbeschikkinggestelden (TBS) (ZonMW 2002). De Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt), het Reglement verpleging terbeschikkinggestelden (Rvt) en het Wetboek van Strafrecht zijn van toepassing op forensische cliënten. Forensische cliënten worden echter regelmatig opgenomen in BOPZ-instellingen. Voor hen geldt hoofdstuk V van de Wet BOPZ waarin speciale regels zijn opgenomen voor forensische cliënten. Na de tweede evaluatie van de Wet BOPZ is door de evaluatiecommissie verzocht om opheldering over artikel 51 (Kwartel 2007). De Wet BOPZ mist enkele regelingen die bij deze cliënten wel noodzakelijk kunnen zijn. Zo is de Wet BOPZ meer gericht op zelfbeschikking, biedt de Wet BOPZ weinig mogelijkheden tot beveiliging (zoals controles en het afsluiten van kamers) en is het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen in de Wet BOPZ strikter dan in de regelingen voor forensische cliënten (ZonMW 2002).

### 2.1.2 De IBS en zorgmachtiging

Een gedwongen opname wordt gezien als ultimum remedium: het gevaar kan niet op een andere manier weggenomen worden dan door opname (art. 2 sub b BOPZ). Een gedwongen opname is namelijk een inbreuk op verschillende mensen- en grondrechten. Allereerst heeft een ieder recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (art. 10 GW), recht op zelfbeschikking en lichamelijke integriteit (art. 11 GW) en recht op vrijheid (art. 15 GW). Bij een gedwongen opname wordt hier inbreuk op gemaakt. Dit geldt ook voor het recht op vrijheid zoals beschreven in artikel 5 lid 1 van het EVRM. In artikel 5 lid 1 sub e gaat het over vrijheidsontneming. Dit gaat in eerste instantie over detentie. Echter uit jurisprudentie blijkt dat ook gedwongen opname gerechtvaardigd kan zijn op basis van artikel 5. Om een patiënt toch gedwongen op te nemen noemt de Wet BOPZ drie vereisten:

* Allereerst is het vereist dat de patiënt gevaar veroorzaakt door de aanwezigheid van een psychische stoornis, er moet een causaal verband zijn tussen beiden (art. 2 lid 2a BOPZ). Met het begrip ‘stoornis’ bedoelt de wet een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens (art. 1 sub d BOPZ). Bij ‘gevaar’ gaat het om gevaar voor de betrokkene zelf of de omgeving van de betrokkene. Dit begrip is geoperationaliseerd in artikel 1 lid 1 sub f van de Wet BOPZ:
	+ 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.
	+ 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.
	+ gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen;

Het gevaarscriterium voor opname van verstandelijk beperkten en psychogeriatrische patiënten wordt ‘handhavingscriterium’ genoemd en is breder. Volgens de IGZ is er hierbij sprake van gevaar “als ze een gevaar vormen in de zin van (min of meer direct) onheil voor zichzelf of anderen veroorzaken” (IGZ 2000). Op het gevaarscriterium wordt veel kritiek geuit. Zo zou het criterium te eng geformuleerd zijn (ZonMW 2002, Keurentjes 2007, Widdershoven 2009). Bijvoorbeeld maatschappelijk discutabel gedrag en het aanrichten van materiële schade zouden ook onder gevaar moeten vallen (ZonMW 2002). Volgens Legemaate e.a. (2007) wordt met het gevaarscriterium impliciet gezegd dat de patiënt in dit geval wilsonbekwaam is. Deze term verdient een nadere uitleg. ‘Wilsonbekwaamheid’ komt niet letterlijk voor in geldende wetgeving. Wel wordt in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) gesproken van ‘een persoon van zestien jaar of ouder die niet in staat kan worden geacht zijn belangen ter zake redelijk te kunnen waarderen’ (art. 450 lid 3 WGBO). In het Biogeneeskunde verdrag spreekt men van ‘iemand met een verstandelijke handicap, ziekte of soortgelijke redenen die niet in staat is om toestemming te geven voor een handeling’ (art. 6 VRMB). Wanneer het inderdaad noodzakelijk is om wilsonbekwaam te zijn om aan het gevaarscriterium te voldoen moet dit explicieter in de Wet opgenomen worden (Legemaate e.a. 2007).

* Vervolgens is het vereist dat het gevaar niet op een andere manier afgewend kan worden dan door tussenkomt van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis (art. 2 lid 2b BOPZ). Bij dit criterium is het knelpunt van de ambulante dwangbehandeling aan de orde zoals beschreven in paragraaf 2.1.1.
* En tenslotte het criterium dat de betrokkene zich verzet tegen de opname en dus geen blijk geeft van bereidheid (art. 2 lid 3a BOPZ). Wanneer dit het geval is kan de betrokkene opgenomen worden volgens een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling. Bij geen bereidheid en geen verzet van de betrokkene tegen de opname kan de betrokkene opgenomen worden in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting met een indicatiemachtiging zoals beschreven in artikel 60 Wet BOPZ. Volgens Widdershoven (2006) zou de Wet BOPZ terug moeten naar het bezwaarcriterium. Immers, geen bereidheid is niet hetzelfde als verzet (Widdershoven 2006; Legemaate e.a. 2007).

De Wet BOPZ kent verschillende machtigingen waarmee een patiënt opgenomen kan worden in een psychiatrisch ziekenhuis. De inbewaringstelling (IBS) wordt aangevraagd wanneer een machtiging niet kan worden afgewacht. De IBS is bedoeld als spoedprocedure. Hierbij hoeft er geen psychiatrische verklaring te zijn, maar moet er sprake zijn van gevaar dat niet op een andere manier af te wenden is dan met een opname. De inbewaringstelling wordt afgegeven door de burgemeester (Art. 20 lid 1 BOPZ). De rechterlijke machtiging daarentegen wordt afgegeven door een rechter nadat de officier van justitie een verzoek tot opname heeft gedaan. Hierbij is een psychiatrische verklaring nodig (art. 5 BOPZ). In de Wet BOPZ zijn opgenomen in de artikelen 2 tot en met 34: de voorlopige machtiging, de voorwaardelijke machtiging, een machtiging tot voortgezet verblijf, de machtiging tot voortzetting van inbewaringstelling, de rechterlijke machtiging op eigen verzoek, de zelfbinding en in de artikelen 60 tot en met 62 de indicatiemachtiging voor opname in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting.

Wanneer we kijken naar hoe de machtigingen in Angelsaksische wetgeving en in Noorwegen en Finland zijn vormgegeven valt het op dat deze een meer logische opbouw kennen en de lengte van de maximumtermijn van de machtigingen korter is dan in Nederland (Legemaate e.a. 2007). Daarnaast blijkt dat de zelfbindingsverklaring in de praktijk niet goed werkt (Arends 2010).

### 2.1.3 (On)mogelijkheden tot dwang

Behandeling na gedwongen opname in een BOPZ-instelling vindt slechts plaats wanneer er een behandelplan is opgesteld in overeenstemming met de patiënt indien er sprake is van wilsbekwaamheid, of de patiënt zich niet tegen de behandeling verzet indien er sprake is van wilsonbekwaamheid (art. 38b BOPZ). Een ieder heeft recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (art. 10 GW), zelfbeschikking en lichamelijke integriteit (art. 11 GW). Dwangbehandeling is een zeer fundamentele ingreep op deze rechten (Widdershoven 2006). In sommige gevallen kan toch behandeling plaatsvinden tegen de wil van de patiënt in, de zogenaamde dwangbehandeling. Dwangbehandeling is toegestaan bij zowel wilsonbekwame cliënten als wilsbekwame cliënten. Voor wilsonbekwame patiënten geldt dat het behandelplan wordt opgesteld in overleg met de wettelijk vertegenwoordiger (art. 38A lid 4 BOPZ). Echter ook zonder toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger kan dwangbehandeling toegepast worden onder bepaalde voorwaarden. Bij dwangbehandeling wordt het gevaarscriterium gehanteerd (art. 38C Wet BOPZ) of het handhavingscriterium voor cliënten die zijn opgenomen volgens de procedure van artikel 60 van de Wet BOPZ en dus geen bereidheid en geen verzet kunnen tonen. Het handhavingscriterium houdt in dat de betrokkene zich door de aanwezigheid van een stoornis of gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens niet buiten een inrichting kan handhaven (art.60 lid 4 BOPZ). Binnen de instelling mag er bij gevaar worden beveiligd, bijvoorbeeld gefixeerd, maar ook behandeld worden met medicatie. Het gevaarscriterium wordt door hulpverleners verschillend geïnterpreteerd (Kwartel 2007). Volgens Widdershoven (2006) zou het meer met de Europese Wetgeving (met name het EVRM) overeenkomen wanneer de toepassing van dwangbehandeling alleen toegestaan zou zijn bij wilsonbekwaamheid. Dwangbehandeling valt onder de bescherming van de gezondheid zoals bedoeld in art. 2 lid 3 EVRM. Deze trend is ook binnen Europa te zien waar dwang minder wordt toegepast bij wilsbekwame cliënten en vergemakkelijkt wordt voor wilsonbekwame cliënten (Legemaate e.a. 2007).

Kritieken vanuit de praktijk op de dwangbehandeling zoals op dit moment geregeld in de Wet BOPZ bestaan voornamelijk uit onenigheid over het te gemakkelijk kunnen toepassen of juist het belemmerd worden in het toepassen van dwangbehandeling. Psychiaters menen dat zij worden belemmerd in de uitoefening van hun beroep door de Wet BOPZ doordat juist bij wilsonbekwamen het toepassen van dwangbehandeling moeilijk is. Echter cliëntenorganisatie Pandora meent dat dit probleem te wijten is aan hoe de hulpverleners de wet interpreteren. De Wet BOPZ laat ruimte voor de hulpverlener om van zijn verantwoordelijkheid tot goede zorg weg te lopen, doordat er niet zonder meer gedwongen behandeld mag worden bij wilsonbekwamen en hulpverleners gaan hier volgens hen onzorgvuldig mee om (Kwartel 2007). Verder wordt er kritiek geuit op het feit dat cliënten die noch bereidheid noch verzet tonen niet opgenomen kunnen worden wanneer zij geen gevaar veroorzaken terwijl zij hier wel baat bij zouden kunnen hebben. Mede om deze reden is geadviseerd deze groep niet meer onder de Wet BOPZ te laten vallen (Dörenberg 2011).

### 2.1.4 Beslissingsbevoegdheid

De patiënt die gedwongen opgenomen of gedwongen behandeld wordt heeft recht op waarborging van de rechtspositie. De Wet BOPZ voorziet hierin door een uitgebreide klachtenprocedure (art. 41 lid 1 BOPZ). De belangen van wilsonbekwame patiënten worden behartigd door een wettelijk vertegenwoordiger (art. 7:450 BW; art. 7:465 lid 2 BW). Beslissingsbevoegdheden bij dwangopname en –behandeling zijn in de Wet BOPZ geregeld. Zo is de rechter in het geval van een opname in een psychiatrische instelling en de indicatiecommissie in het geval van een opname in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting bevoegd een oordeel te geven over dwangopname en is de behandeld psychiater bevoegd te oordelen over de dwangbehandeling. De vraag is echter of de behandelaar een voldoende gegrond oordeel kan geven voor dwangbehandeling en dit niet overgelaten dient te worden aan een rechter (Widdershoven 2006). Ook in andere Europese landen is vrijwel nooit de behandelaar alleen bevoegd maar is er een onafhankelijke partij bij betrokken (Legemaate e.a. 2007). Op dit punt bestaat veel verdeeldheid van meningen (Kwartel 2007).

## 2.2 Verschillen tussen de Wet BOPZ en de WVGGZ

Evenals de Wet BOPZ heeft de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGGZ) als doel de rechtspositie te verhogen van personen met een psychiatrische stoornis aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend. Dit leidt tot het verhogen van de kwaliteit van zorg (Tweede Kamer 32 399 nr. 6). Het wetsvoorstel van de WVGGZ is ingediend bij de Tweede Kamer (Dörenberg 2011). De knelpunten van de Wet BOPZ die genoemd zijn in paragraaf 2.1 zouden met de WVGGZ opgelost moeten worden. In deze paragraaf worden de belangrijkste verschillen besproken en hierbij worden zowel verbeteringen als knelpunten beschreven die gevonden zijn in de literatuur. Hierbij wordt dezelfde indeling aangehouden als in de vorige paragraaf.

### 2.2.1 Reikwijdte

De eerste grote verandering van de Wet BOPZ is dat de wet wordt gesplitst in twee aparte wetten. Voor mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten zal de Wet Zorg en Dwang gaan gelden, voor psychiatrische patiënten zal de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGGZ) gaan gelden (Widdershoven 2009). De Wet Zorg en Dwang kent een eigen regeling met betrekking tot onvrijwillige opname (Frederiks e.a. 2010). Wanneer iemand naast een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening een psychische stoornis heeft bepaalt de Wet Zorg en Dwang dat het verzoek om een rechterlijke machtiging via de WVGGZ-procedure zal plaatsvinden (art. 23 lid 2 Wet Zorg en Dwang). De wet Zorg en Dwang en de WVGGZ verschillen in de vormgeving van de rechtsbescherming nogal van elkaar, zonder goede argumentatie (Frederiks e.a. 2010). Dit onderzoek gaat over de WVGGZ en de veranderingen die gepaard gaan met de komst van de Wet Zorg en Dwang zullen dus buiten beschouwing worden gelaten.

De Wet BOPZ wordt gezien als ‘opnamewet’. In de WVGGZ zal de opname niet meer centraal staan (Widdershoven 2009; Dörenberg 2011; Bos 2009). Het uitgangspunt is dat zoveel mogelijk zorg op vrijwillige basis wordt verkregen. De belangrijke grond- en mensenrechten (recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (art. 10 GW) en recht op zelfbeschikking en lichamelijke integriteit (art. 11 GW) zijn conflicterend met verplichte zorg. Inbreuk op deze rechten mag dus alleen in zeer uitzonderlijke gevallen. Het ultimum remedium beginsel bij dwang wordt in de wet meer benadrukt dan dit in de Wet BOPZ werd gedaan. Ook de begrippen subsidiariteit, proportionaliteit en effectiviteit zijn expliciet vooraan in de wet geplaatst (Arends 2010). Centraal in de WVGGZ staat ‘zorg’ waaronder wordt verstaan: “een interventie, bestaande uit een vorm van verzorging, bejegening, behandeling, waaronder opneming in een accommodatie, begeleiding of beveiliging” (art. 3:2 WVGGZ). Zorg is dus niet meer locatiegebonden maar persoonsvolgend (Widdershoven 2009) en verplichte zorg kan met de introductie van deze nieuwe wet ook ambulant worden toegepast (Arends 2010, Dörenberg 2011). De term BOPZ-instelling zal volledig verdwijnen (Rijkeboer 2010). Het kunnen toepassen van ambulante verplichte zorg lost het knelpunt zoals beschreven in paragraaf 2.1.1 mogelijk op, maar het brengt ook een grote verantwoordelijkheid en vrijheid mee voor de zorgverleners in het veld. Teveel vrijheid zou kunnen leiden tot afbreuk van de rechten van cliënten (Bos 2009). Bij verplichte zorg wordt er binnengedrongen in de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en inbreuk gedaan op de lichamelijke integriteit. Dit kan in strijd zijn met art. 10 en art. 11 van de Grondwet wanneer niet voldaan is aan het ultimum remedium beginsel. Ook is gedwongen vervoer vanaf huis naar de instelling in de nieuwe wet toegestaan dat voor de patiënt stigmatiserend en traumatiserend kan zijn (Bos 2009). De WGGZ voorziet hierom in ‘gebonden vrijheid’. Er moet een richtlijn opgesteld worden ten aanzien van ambulante verplichte zorg (Dörenberg 2011). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de ambulante zorg, maar deze rol van de IGZ staat ter discussie. De patiëntenvertrouwenspersoon zal ook toezicht houden maar heeft veel minder bevoegdheden dan de IGZ (LPGGZ 2012).

Een verbetering in de WVGGZ ten opzichte van de Wet BOPZ is dat er duidelijker onderscheid gemaakt wordt tussen reguliere geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg. In de Wet BOPZ was hoofdstuk V van toepassing op forensische cliënten en vielen zij daarnaast onder de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt) en het Reglement verpleging terbeschikkinggestelden (Rvt). Zoals beschreven in paragraaf 2.1.1 bestonden er op sommige punten onduidelijkheid over de zorg voor forensische cliënten die opgenomen zijn in BOPZ-instellingen. Voor de forensische cliënten zal een aparte wet gaan gelden: de Wet forensische zorg (Dörenberg 2011).

### 2.2.2 De IBS en zorgmachtiging

Om gedwongen opgenomen te worden en dus onder de WVGGZ te vallen is een zorgmachtiging of crisismaatregel nodig. In plaats van zes machtigingen in de Wet BOPZ gaat de WVGGZ terug naar één machtiging. Deze is wel veel omvangrijker. De machtiging wordt afgegeven door de rechter en er is voorzien in hoger beroep en cassatie. De verschillende procedures, termijnen en geldigheidsduren zijn vrijwel gelijk aan die van de machtigingen in de Wet BOPZ. De crisismaatregel is vrijwel gelijk aan de IBS van de Wet BOPZ, duurt maximaal 3 dagen en wordt afgegeven door de burgemeester (art. 8:1 WVGGZ; Dörenberg 2011). Dit is opmerkelijk aangezien tijdens de derde evaluatie van de Wet BOPZ werd gepleit de IBS te laten afgeven door een rechter (Widdershoven 2009). De huidige voorwaardelijke machtiging bestaat niet meer in de WVGGZ omdat de zorg niet meer locatiegebonden is en de voorwaarden nu onder verplichte zorg in de thuissituatie gaan behoren (Kamerstuk 32 399 nr. 3). De zelfbindingsverklaring is opgenomen in de zorgmachtiging (art. 5:19 WVGGZ). De criteria om opgenomen te kunnen worden zijn: de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, schade die veroorzaakt wordt door de psychiatrische stoornis en geen bereidheid om vrijwillig opgenomen te worden (art. 3:3 WVGGZ). Het gevaarscriterium uit de Wet BOPZ is dus aangepast naar het schadecriterium dat als volgt wordt geformuleerd: “indien het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander” (art. 3:3 WVGGZ). ‘Gevaar’ is dus vervangen door ‘aanzienlijk risico op ernstige schade’ (Arends 2010). Schade kan volgens de wet bestaan uit “levensgevaar, lichamelijk letsel, psychische, materiële of financiële schade, een verstoorde ontwikkeling naar volwassenheid of maatschappelijke teloorgang” (art. 1:1 sub u WVGGZ). Dit is een verbreding van de wet. Doordat een verstoorde ontwikkeling als schade wordt aangemerkt kunnen kinderen nu ook onder de wet vallen (Dörenberg 2011).

Naast de criteria zijn er vijf doelen opgesteld waarop de zorgmachtiging gericht moet zijn:

een crisissituatie stabiliseren, het opstellen van een zorgplan, de geestelijke gezondheid stabiliseren, de geestelijke gezondheid herstellen, de fysieke gezondheid stabiliseren of herstellen (art. 3:4 WVGGZ). Dit is een verruiming van de Wet BOPZ (Arends 2010; Bos 2009). Volgens Widdershoven (2009) is deze opsomming vrij verwarrend. Ook Dörenberg (2011) beschrijft twijfels bij deze doelen. Het verband tussen de criteria en de doelen is niet duidelijk. Zijn de doelen zelfstandige voorwaarden of een verbijzondering van het schadebegrip? Dit is onduidelijk (Dörenberg 2011).

Nieuw in de WVGGZ is het wederkerigheidsbeginsel. Dit werd door de derde evaluatiecommissie aangedragen en zij bedoelt hiermee dat wanneer de overheid met dwang vrijheid (art. 5 lid 1 EVRM), lichamelijke integriteit (art. 11 GW) of bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10 GW) van mensen afneemt, daar een menswaardig bestaan tegenover moet staan (Arends 2010).

Een tweede belangrijk onderscheid met de Wet BOPZ is de grotere betrokkenheid van familie en naasten bij de opname (Arends 2010). De familie stelt samen met de zorgverlener een mantelzorgplan op (art. 5:16 WVGGZ) en ondersteunt de zorgverantwoordelijke bij het opstellen van het zorgplan door hun zienswijze kenbaar te maken (art. 5:18 WVGGZ). Dit kent echter ook een knelpunt. Want wat als de patiënt wenst dat de familie niet betrokken is bij de procedure? Hierin voorziet de WVGGZ niet (Arends 2010; Bos 2009). Bovendien wordt de privacy van de patiënt mogelijk onvoldoende gewaarborgd wanneer er teveel partijen worden betrokken bij de behandeling (Bos 2009).

### 2.2.3 (On)mogelijkheden tot dwang

*Verplichte zorg*

Wanneer een patiënt op vrijwillige basis zorg ontvangt valt dit onder de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Enkel onvrijwillige zorg gaat onder de WVGGZ vallen omdat dit een inbreuk is op het recht op zelfbeschikking en lichamelijke integriteit (art. 11 GW). Een uitbreiding ten opzichte van de Wet BOPZ op dit punt is de gedwongen somatische zorg die nu ook in de WVGGZ is opgenomen. Onder verplichte zorg wordt verstaan: zorg die ondanks het verzet van de betrokkene of zijn vertegenwoordiger kan worden verleend op basis van een zorgmachtiging, crisismaatregel, een beslissing tot tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel of tijdelijk verplichte zorg in een noodsituatie (art. 3:1 WVGGZ; Dörenberg 2011). Verplichte zorg is hiermee dus gekoppeld aan de zorgmachtiging en opname is enkel een onderdeel van verplichte zorg (Dörenberg 2011). Wat ‘verzet’ concreet inhoudt wordt niet duidelijk beschreven in de wet. Ook wilsbekwaam verzet wordt volgens de cliëntenorganisatie LPGGZ onvoldoende belicht (LPGGZ 2012). Tenslotte is het verband tussen verzet en het toestemmingsvereiste niet duidelijk volgens Dörenberg (2011). Verplichte zorg wordt niet voorgelegd aan de rechter omdat verplichte zorg wordt opgenomen in het zorgplan bij de opname (Arends 2010). Het wetsvoorstel legt sterk de nadruk op het voorkomen van verplichte zorg (Dörenberg 2011) zoals bijvoorbeeld in art. 2:2 lid 1 waar staat: “De zorgaanbieder stelt een beleidsplan op over de toepassing van de verplichte zorg, dat gericht is op het terugdringen en voorkomen van verplichte zorg en het zoeken naar alternatieven op basis van vrijwilligheid”. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan het recht op zelfbeschikking en lichamelijke integriteit (art. 11 GW).

Nieuw in de WVGGZ is de zorgverantwoordelijke die het zorgplan opstelt (art. 5:18 WVGGZ). Deze zorgverantwoordelijke is een BIG-geregistreerde arts. Dit is een vooruitgang ten opzichte van de Wet BOPZ waarin iedere hulpverlener kon besluiten tot middelen en maatregelen in noodsituaties. Verplichte zorg kan alleen worden verleend wanneer de zorgverantwoordelijke op de hoogte is van de gezondheidstoestand van de patiënt en de verplichte zorg heeft overlegd in multidisciplinair overleg (art.5:18 WVGGZ). In de wet worden echter weinig eisen gesteld aan de zorgverantwoordelijke wat betreft het opleidingsniveau of functie (Dörenberg 2011). Daarnaast worden vanuit cliëntenperspectief vragen gesteld bij de inspanningsverplichting van de hulpverleners die betrokken zijn bij verplichte zorg. Garanties worden niet gegeven terwijl het toepassen van verplichte zorg sterk is uitgebreid (Bos 2009).

Verder is het niet duidelijk of de zorgmachtiging volgens de wet niet meer nodig is wanneer de curator of mentor van de wilsonbekwame patiënt instemt met de behandeling. Wanneer dit inderdaad het geval is kan dit in strijd zijn met het artikel 5 lid 1 van het EVRM en het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (art. 10 GW), zelfbeschikking en lichamelijke integriteit (art. 11 GW) (Dörenberg 2011).

De wilsbekwaamheid zelf wordt meer meegenomen in de WVGGZ ten opzichte van de Wet BOPZ. Zo wordt bijvoorbeeld beschreven in art. 2:1 lid 5 dat “de wensen en voorkeuren van de betrokkene vastgelegd zijn en, tenzij betrokkene niet tot een redelijke beoordeling ter zake in staat is, gehonoreerd worden voor zover dat medisch verantwoord is”. Onduidelijk is wat hier precies mee bedoeld wordt en of wilsbekwaam verzet dus wel gehonoreerd wordt wanneer de patiënt schade aan zichzelf toebrengt (Widdershoven 2009). Ook is er verbetering mogelijk ten opzichte van de rechtspositie van wilsonbekwame cliënten (Dörenberg 2011).

Klachten over de verplichte zorg kunnen worden ingediend bij een regionale klachtencommissie. Deze is meer geprofessionaliseerd omdat zij meer klachten behandelen (Arends 2009) en Widdershoven (2009) typeert de regionale klachtencommissie als meer onafhankelijk. De IGZ blijft verantwoordelijk voor het toezicht en de handhaving maar dit wordt anders vormgegeven. Zorgaanbieders dienen voortaan zelf de verplichte zorg te registreren en deze registraties bij te houden zodat de IGZ hier gemakkelijker toezicht op kan houden. Alleen wanneer er een gegrond vermoeden bestaat dat de verplichte zorg ernstig tekortschiet moet dit gemeld worden bij de IGZ (Dörenberg 2011).

*Zorgplan*

Het behandelplan uit de Wet BOPZ is in de WVGGZ vervangen door het zorgplan, met daarbij de zorgkaart (Rijkeboer 2010). Het zorgplan is meer multidisciplinair dan het behandelplan uit de Wet BOPZ (Dörenberg 2011), is uitgebreider en zowel intra- als extramuraal. Opgenomen in het zorgplan zijn nu ook de psychiatrische diagnose volgens de DSM, welke zorg nodig is om het aanzienlijke risico op ernstige schade weg te nemen en wat nodig is om patiënt weer deel te laten nemen aan maatschappelijk leven (art. 5:19 WVGGZ). Ook worden de voorkeuren van de patiënt opgenomen in het zorgplan, bijvoorbeeld op de zorgkaart (art. 5:15 WVGGZ). Het zorgplan is meer afgestemd op de individuele patiënt (Rijkeboer 2010) en zorgt ervoor dat de autonomie van de patiënt meer centraal komt te staan (Arends 2010) hiermee wordt tegemoet gekomen aan het recht op zelfbeschikking en lichamelijke integriteit (art. 11 GW). Het behandelplan wordt opgesteld door de zorgverantwoordelijke arts, de medische verklaring door een onafhankelijk arts (Kamerstuk 32 399 nr. 3). Verplichte zorg moet altijd vermeld worden in het zorgplan met hierbij de minimale en maximale duur (art. 5:19 WVGGZ). Klachten over het behandelplan kunnen worden voorgelegd aan een onafhankelijke klachtencommissie of uiteindelijk aan de rechter (art. 10:3 WVGGZ; Widdershoven 2009). Een knelpunt bij het opstellen van het zorgplan en de zorgkaart is dat het meer inspanning kost voor de zorgverantwoordelijke die meestal de psychiater zal zijn (Rijkeboer 2010). Ook is het maar de vraag of de psychiater de nieuwe wet voldoende kan toepassen en hierdoor een gegrond oordeel kan geven over de eventueel verplichte zorg (Arends 2010).

### 2.2.4 Beslissingsbevoegdheid

Bij de introductie van de WVGGZ in 2009 was een multidisciplinaire commissie in het leven geroepen bestaande uit een jurist, psychiater en een algemeen lid. Zij zouden het verzoek voor een machtiging indienen in plaats van de officier van justitie en ook de rechter adviseren bij de keuze voor de juiste vorm van zorg (Dörenberg 2011). Deze procedure bleek erg omslachtig en er is een duidelijke voorkeur uitgesproken voor een eenvoudiger systeem (Dörenberg 2011). Om deze reden is de commissie weer afgeschaft en heeft hiervoor in de plaats de geneesheerdirecteur een prominente rol gekregen in de procedure. Hij krijgt de regierol en doet het verzoek voor verplichte zorg bij de rechter. Het is echter maar de vraag of de geneesheerdirecteur wel onafhankelijk en deskundig genoeg is wat een afbreuk is aan de rechtspositie van de patiënt (LPGGZ 2012). De introductie van het meldpunt OGGz (openbare geestelijke gezondheidszorg) waar verzoeken voor zorgmachtigingen kunnen worden ingediend kan de nadelen die de positie van de geneesheerdirecteur kent opheffen doordat dit meldpunt laagdrempelig en multidisciplinair is (LPGGZ 2012).

## 2.3 Conclusie

Een ieder heeft recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (art. 10 GW), zelfbeschikking en lichamelijke integriteit (art. 11 GW) en vrijheid (art. 5 lid 1 EVRM). Bij een gedwongen opname wordt hier inbreuk op gedaan en een gedwongen opname mag dus niet zonder meer plaatsvinden. De Wet BOPZ voorziet in regelingen rondom de gedwongen opname en gedwongen behandeling maar voldoet niet meer (Keurentjes 2007). De belangrijkste redenen hiervoor zijn de reikwijdte die mogelijk te klein is (Widdershoven 2006), en verschillende belangen die tegenover elkaar staan met betrekking tot de Wet BOPZ (Landeweer 2008). De nieuwe Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg moet de knelpunten van deze wet gaan oplossen. Een belangrijk verschil is dat de WVGGZ geen opnamewet meer zal zijn maar de zorg centraal zal staan (Widdershoven 2006; Dörenberg 2011; Bos 2009). De zorg is niet meer locatiegebonden maar persoonsvolgend en kan dus ook ambulant worden toegepast. Over deze veranderingen zijn de meningen sterk verdeeld (Widdershoven 2009, Arends 2009, Dörenberg 2011). Gedwongen opname geschiedt na een zorgmachtiging. De WVGGZ kent één zorgmachtiging maar deze is zeer omvangrijk (Dörenberg). Het nieuwe zorgplan lijkt voordelen te hebben ten opzichte van het huidige behandelplan (Dörenberg 2011) maar de rol van de geneesheerdirecteur in de hele procedure is mogelijk te overheersend (LPGGZ 2012).

# Hoofdstuk 3: Methoden

In dit hoofdstuk wordt verantwoord op welke manier het onderzoek is uitgevoerd. Allereerst wordt de onderzoeksopzet toegelicht, vervolgens worden per deelvraag de onderzoeksmethoden beschreven. Hierbij wordt tevens in gegaan op de validiteit en betrouwbaarheid. Tenslotte wordt kort ingegaan op de ethische aspecten waarmee rekening gehouden dient te worden tijdens het onderzoek.

## 3.1 Onderzoeksopzet

### 3.1.1 Vorm van onderzoek

De hoofdvraag van dit onderzoek heeft betrekking op een veranderingsproces, namelijk de vervanging van de Wet BOPZ. De vraag kan getypeerd worden als een ‘procesvraag’ waarbij de kwalitatieve survey de meest geschikte vorm van onderzoek is (Mortelmans 2011). Hierbij is gebruik gemaakt van diepte-interviews aan de hand van een topic-lijst. Door deze manier van interviewen is er meer ruimte en flexibiliteit om bijvoorbeeld dieper in te gaan op een bepaald onderwerp waar de respondent veel over weet (Mortelmans 2012). De topic-lijsten zijn aangepast aan de verschillende respondenten en bevinden zich in de bijlage.

### 3.1.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat enerzijds uit professionals die werkzaam zijn in een psychiatrische instelling en anderzijds uit patiënten die opgenomen zijn geweest in een psychiatrisch ziekenhuis en twee patiëntenvertrouwenspersonen. Deze onderzoekspopulatie is het meest geschikt aangezien zij daadwerkelijk te maken hebben (gehad) met de wetgeving binnen de psychiatrische instelling. Onder psychiatrische instellingen worden instellingen verstaan die zorg leveren aan patiënten met psychiatrische problematiek. Belangrijkste voorbeelden hiervan zijn het psychiatrisch ziekenhuis en de psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ). De geïnterviewde professionals zijn psychiaters, verpleegkundigen en een geneesheerdirecteur. In totaal bestond de populatie uit zes professionals, vier patiënten en twee patiëntenvertrouwenspersonen. Dit was het hoogst haalbare aantal.

### 3.1.3 Selectiecriteria

Professionals werden geselecteerd aan de hand van verschillende criteria. Allereerst werd geselecteerd op de setting waar zij werkzaam zijn. Zij moesten werkzaam zijn op een gesloten afdeling van een psychiatrische instelling of te maken hebben met crisiszorg tijdens hun werkzaamheden. Dit omdat alleen op deze afdelingen veelvuldig de Wet BOPZ wordt gehanteerd. Daarnaast was het beroep dat respondenten uitoefenen een criterium. Enkel professionals die in hun dagelijkse werkzaamheden te maken hebben met de Wet BOPZ werden geselecteerd. Er is diversiteit binnen de groep gecreëerd door professionals van verschillende disciplines te interviewen. Zoveel mogelijk diversiteit binnen de groep is gewenst om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de situatie en de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen.

Patiënten werden geselecteerd wanneer zij opgenomen zijn geweest op een gesloten afdeling van een psychiatrische afdeling en te maken hebben gehad met gedwongen opname of gedwongen behandeling. Van de geïnterviewde patiënten woont één in een beschermde woonvorm, hebben twee patiënten een voorwaardelijke machtiging en is één van de patiënten ambulant onder behandeling. Patiëntenvertrouwenspersonen werden geselecteerd wanneer zij werkzaam zijn binnen een psychiatrische instelling en belangen behartigen van patiënten die gedwongen opgenomen of gedwongen behandeld zijn.

Zowel met zorgprofessionals vanuit verschillende instellingen als met patiënten en patiëntenvertrouwenspersonen binnen de geestelijke gezondheidszorg werd via e-mail of telefonisch contact gezocht. De interviews werden ‘face-to-face’ gehouden om zo een vertrouwensband te creëren en diepgang mogelijk te maken (Mortelmans 2011). Een nadeel van interviewen is dat het een lage externe generaliseerbaarheid kent omdat er geen significante toetsen worden gebruikt (Mortelmans 2011). De interviews werden gecodeerd en geanalyseerd en vervolgens vergeleken met de literatuur waarna er gerapporteerd kan worden (Mortelmans 2011).

## 3.2 Onderzoeksmethoden

### 3.2.1 Deelvraag 1

De eerste deelvraag luidt: ‘*Welke knelpunten kent de Wet BOPZ?’*. Deze deelvraag werd onderzocht door zowel literatuuronderzoek als diepte-interviews. Over dit onderwerp is al veel geschreven. Door gebruik te maken van verschillende wetenschappelijke bronnen wordt de validiteit van het onderzoek groter (Mortelmans 2011). Wetenschappelijke literatuur werd verkregen door te zoeken via het internet op online databanken (zoals Google Scholar en PubMed), in de catalogus van relevante tijdschriften (zoals Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Maandblad Geestelijke Volksgezondheid) en door te zoeken in databanken van de universiteitsbibliotheek. De informatie die verkregen is uit het literatuuronderzoek is opgenomen in het theoretisch kader. Hiernaast werd dit onderwerp verder onderzocht tijdens diepte-interviews. Gevraagd werd welke knelpunten zorgprofessionals en cliënten binnen de Geestelijke Gezondheidszorg op dit moment ervaren met betrekking tot de Wet BOPZ. Nadat deze gegevens zijn verkregen werden zij vergeleken met de gevonden literatuur. Het antwoord op deze deelvraag geeft dus weer wat het beeld is vanuit de politiek, vanuit de wetenschap en daarnaast ook vanuit de praktijk op de huidige wetgeving met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg. Doordat informatie werd verkregen vanuit verschillende bronnen is er sprake van data-triangulatie dat de validiteit van dit onderzoek verhoogt (Mortelmans 2011).

### 3.2.2 Deelvraag 2

De tweede deelvraag luidt: ‘*Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen de Wet BOPZ en de WVGGZ?*’. De onderzoeksmethode bij deze deelvraag was literatuuronderzoek. Het wetsvoorstel VGGZ en de kamerbrieven met betrekking tot de WVGGZ waren documenten (Mortelmans 2011) die belangrijke informatie bevatten over deze deelvraag. Daarnaast was veel informatie te vinden in wetenschappelijke literatuur die te vinden is via het internet in online databanken en in relevante tijdschriften. Deze deelvraag is grotendeels beantwoord in het theoretisch kader.

### 3.2.3 Deelvraag 3

De derde deelvraag luidt: ‘*Welke verbeteringen kent de WVGGZ ten opzichte van de Wet BOPZ?*’. Deze deelvraag is net als de eerste deelvraag met behulp van verschillende onderzoeksmethoden beantwoord worden om zo de validiteit te verhogen. Allereerst werden door middel van literatuuronderzoek belangrijke verbeteringen in kaart gebracht. De informatie is verkregen vanuit documenten zoals kamerstukken, maar ook uit wetenschappelijke opiniestukken die te vinden zijn via het internet in wetenschappelijke databanken. Naast de literatuurstudie is ook tijdens de diepte-interviews gevraagd naar welke mogelijke verbeteringen de WVGGZ zal opleveren voor de zorgprofessionals en patiënten binnen de GGZ. Een mogelijk probleem hierbij was dat er in de praktijk nog onvoldoende kennis is over de Wet BOPZ en de WVGGZ. Wanneer zij over een bepaald onderdeel weinig kennis hadden en een vraag niet konden beantwoorden was een toelichting noodzakelijk. De kennis die beschreven staat in het theoretisch kader werd hiervoor gebruikt. Deze uitleg is op een neutrale manier gegeven zodat het interview zo min mogelijk gestuurd werd. In de bijlage bevinden zich de topiclijsten met korte toelichtingen.

### 3.2.4 Deelvraag 4

De vierde deelvraag luidt: ‘*Welke knelpunten zullen zich voordoen bij de invoering van de WVGGZ?*’. Ook deze deelvraag werd beantwoord door middel van literatuuronderzoek, documentenanalyse en diepte-interviews. Het ging er tijdens het beantwoorden van deze deelvraag om welke problemen men verwacht bij de invoering van het huidige wetsvoorstel. Ook hierbij gold dat er mogelijk te weinig kennis beschikbaar was bij de respondenten en een toelichting is gegeven.

## 3.3 Ethische aspecten

Bij het benaderen van de respondenten werd het doel van dit onderzoek duidelijk gemaakt en werd vermeld dat de respondent anoniem zou blijven. Voorafgaand aan het interview werd toestemming gevraagd aan de respondent voor het gebruiken van de data in het onderzoek (informed consent). Tijdens het onderzoek werden de namen van de respondenten niet genoteerd. Hierdoor wordt de privacy van de respondenten gewaarborgd.

# Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten vanuit de interviews behandeld. De onderwerpen die in de vorige hoofdstukken aan de orde zijn geweest geven structuur aan het geheel. Elke deelonderwerp is opgedeeld in een gedeelte over wat naar voren kwam in de interviews met patiënten, patiëntenvertrouwenspersonen en professionals. Vervolgens worden deze perspectieven met elkaar vergeleken en vervolgens met de literatuur.

## 4.1 Inleiding

Patiënten hebben allemaal weet van het bestaan van een wet voor de psychiatrie. Wat als eerst genoemd wordt is gedwongen opname, zeker voor patiënten die zelf een voorwaardelijke machtiging hebben. Veel patiënten denken vooral aan het gevaarscriterium. Het belangrijkste vinden patiënten dat hun eigen keuzes bij de opname en behandeling gerespecteerd worden en er in principe niets buiten hun wil om gebeurt.

Patiëntenvertrouwenspersonen zijn geheel bekend met de wet. Een groot deel van de gesprekken die zij voeren met patiënten gaan over vragen of klachten rondom de Wet BOPZ, als patiënten bijvoorbeeld gedwongen behandeld of gesepareerd zijn geweest. Het belangrijkste vinden patiëntenvertrouwenspersonen dat in de wet duidelijke criteria zijn opgenomen voor dwangopname en dwangbehandeling en de grondrechten van patiënten gewaarborgd worden door voldoende toetsing.

Zorgprofessionals hebben allen te maken met de Wet BOPZ en zijn met de wet bekend. Professionals vinden het bestaan van de Wet BOPZ noodzakelijk om grenzen aan te geven en de patiënt te beschermen. Het grootste knelpunt met de Wet BOPZ vinden zij de administratietaken die zij moeten verrichten om aan de eisen van de wet te voldoen wat veel tijd kost en arbeidsintensief is.

## 4.2 Reikwijdte

### 4.2.1 Splitsing van de Wet BOPZ

*Patiënten*

Met betrekking tot de splitsing van de Wet BOPZ in de WVGGZ en de Wet zorg en dwang zijn alle geïnterviewde patiënten van mening dat het hebben van een psychiatrische aandoening geheel verschilt van het hebben van een verstandelijke beperking of psychogeriatrische problematiek. Enkele patiënten wisten niet dat mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische patiënten ook onder de Wet BOPZ kunnen vallen. Ook merkt een van de respondenten op dat de psychogeriatrie en mensen met een verstandelijke beperking net zo goed niet te vergelijken zijn. Door de helft van de patiënten wordt opgemerkt dat er mogelijk overlap bestaat tussen de verschillende categorieën. In de interviews met patiënten komt vooral naar voren dat zij het belangrijk vinden dat de criteria voor opname en behandeling in beide wetten gelijk blijven. Zo wordt voorkomen dat patiënten met meervoudige problematiek bij sommige behandelingen of opnames onder de WVGGZ gaan vallen en bij andere behandelingen of opnames onder de wet zorg en dwang gaan vallen. Bijvoorbeeld wanneer de patiënt tijdelijk psychiatrische problematiek vertoont en wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis wordt de WVGGZ toegepast, maar wanneer de patiënt een gevaar vormt ten gevolge van dementie en in een verpleeghuis wordt opgenomen valt hij onder de wet zorg en dwang.

Patiëntenvertrouwenspersonen benadrukken ook dat de patiëntencategorieën veel van elkaar verschillen. Een patiëntenvertrouwenspersoon merkt op dat er binnen de Wet BOPZ nu ook aparte hoofdstukken zijn voor de andere patiëntcategorieën. Het belangrijkste is volgens een andere patiëntenvertrouwenspersoon dat de criteria gelijk blijven in beide wetten. Deze meningen komen dus grotendeels overeen met die van patiënten.

*Professionals*

Ook onder de zorgprofessionals is er geen respondent die de splitsing van de wet afkeurt. Het grootste deel van de professionals vindt het een goede zaak, de overige respondenten heeft geen duidelijke mening. Volgens de professionals is een groot verschil tussen de twee patiëntengroepen de duur van de aandoening. Psychogeriatrie en verstandelijke beperkingen zijn chronisch, terwijl de psychiatrie gericht is op genezing. Ook zien zij als knelpunt van de huidige wet BOPZ dat er veel artikelen zijn die uitzonderingen kennen voor bepaalde patiëntencategorieën. Echter noemen alle professionals ook als knelpunt dat de grijze gebieden tussen de patiëntengroepen aanzienlijk zijn. Onder welke wet iemand met bijvoorbeeld een verstandelijke beperking en een psychiatrische aandoening gaat vallen zou volgens een professional dus duidelijk in de wet opgenomen moeten worden, dus in welke instelling geldt enkel de WVGGZ en in welke instelling de Wet Zorg en Dwang. Ook wordt benadrukt dat de criteria van de twee verschillende wetten wanneer het gaat om gedwongen opname en dwang moeten overeenkomen.

*Vergelijking van de perspectieven*

De visie vanuit het perspectief van de professionals komt op dit punt dus grotendeels overeen met de visie vanuit het perspectief van de patiënt. De patiëntengroepen verschillen van elkaar en daarom is een splitsing van de Wet BOPZ een goede zaak maar er bestaat ook een groot grijs gebied. De criteria in beide wetten zouden dus gelijk moeten zijn om alle patiënten gelijkwaardig te behandelen.

*Vergelijking met de literatuur*

In de literatuur wordt beschreven dat de wet BOPZ niet geschikt is voor mensen met psychogeriatrische problematiek of een verstandelijke beperking en om vervanging vraagt (Gevers 2004; Widdershoven 2006). De respondenten zien de splitsing van de wet ook als vooruitgang omdat zij die onder de wet zorg en dwang zullen gaan vallen duidelijk verschillend zijn van mensen met een psychiatrische aandoeningen. De wet Zorg en Dwang en de WVGGZ verschillen in de vormgeving van de rechtsbescherming nogal van elkaar, zonder goede argumentatie (Frederiks e.a. 2010). Dit sluit aan bij het knelpunt dat respondenten benoemen wanneer de criteria in beide wetten niet gelijk zijn.

### 4.2.2 Ambulante toepassing van dwang

*Patiënten*

Op de ontwikkeling dat de zorg de muren van de instelling gaat overstijgen en dus ook in de thuissituatie toegepast kan worden, wordt door patiënten huiverig gereageerd. Dwangbehandeling wordt als iets zeer ingrijpends en beangstigends gezien waar voorzichtig mee omgegaan moet worden. Een deel van de patiënten vindt het logisch dat dwangbehandeling in de thuissituatie overwogen wordt aangezien steeds meer zorg ambulant geleverd wordt en opname iets is dat zoveel mogelijk voorkomen moet worden. Maar deze patiënten vertellen hierbij dat ze het als waarschijnlijk niet haalbaar achten. Mensen die zo ziek zijn dat ze dwangbehandeling nodig hebben zullen waarschijnlijk de deur niet open doen voor de hulpverlener of zorgen dat ze niet thuis zijn. Wanneer patiënten namelijk instemmen met de behandeling is het geen dwangbehandeling meer.

Patiëntenvertrouwenspersonen zien ook zowel voordelen als nadelen bij dwangbehandeling buiten de muren van de instelling. Het voorkomen van opname lijkt hen een goede zaak. Volgens een van de patiëntenvertrouwenspersonen ervaren patiënten een gedwongen opname vaak als straf. Dit roept veel weerstand op bij patiënten. Patiënten zullen volgens de patiëntenvertrouwenspersonen liever lang thuis gedwongen behandeld worden dan opgenomen worden en hier alsnog gedwongen behandeld worden. Hier tegenover staat dat het een grote inbreuk is in iemands privacy om in de thuissituatie gedwongen te behandelen. Thuis wordt gezien als een veilige haven, daar kun je zo gek zijn als je wilt zonder beoordeeld te worden, aldus een van de patiëntenvertrouwenspersonen. De andere patiëntenvertrouwenspersoon vindt dat er vooral aandacht moet zijn voor volledige ondersteuning en behandeling in de thuissituatie en alleen gedwongen medicatie een zeer magere vorm van zorg is. Zorgverleners moeten creatief omgaan met de behandeling waardoor de patiënt zonder dwang thuis kan leven met zijn of haar beperking. Dwang komt de behandelrelatie tussen de professional en de patiënt namelijk niet ten goede.

*Professionals*

De geïnterviewde zorgprofessionals zijn allen zeer positief over het toepassen van dwang in de thuissituatie. Volgens de professionals is dit voor zowel patiënten als professionals gunstiger. Op dit moment moet een patiënt eerst opgenomen worden voordat er behandeld kan worden. Om deze reden worden er nu veel voorwaardelijke machtigingen afgegeven zodat patiënten waarbij het thuis niet goed gaat direct opgenomen kunnen worden, een behandeling krijgen en weer naar huis gaan. Professionals zien het dreigen met opname in de thuissituatie ook als dwang en de wet BOPZ geldt op deze manier nu ook buiten de muren van de instelling. Een ander voorbeeld dat genoemd wordt is dat het voor patiënten prettiger is in de thuissituatie te herstellen, omdat dit voor hen veilig en vertrouwd is. Deze verandering sluit aan bij de gaande ontwikkeling naar meer ambulante zorg in plaats van opnames in zorginstellingen. Een voordeel voor professionals dat genoemd wordt is dat patiënten op deze manier geen afdeling ontwrichten, wanneer zij bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek hebben of een verslaving waardoor andere kwetsbare patiënten beschadigd worden. Professionals benoemen echter ook nadelen die bij deze verandering kunnen komen kijken. Zo vragen professionals zich af in hoeverre het haalbaar is dwang thuis toe te passen. Dit zal een grotere werkdruk opleveren voor ambulante hulpverleners. De dwangbehandeling moet wel zorgvuldig worden getoetst en bijwerkingen moeten nauwkeurig geobserveerd worden, wat in de thuissituatie lastiger zal zijn dan binnen een instelling.

*Vergelijking van de perspectieven*

Wanneer het gaat om dwangbehandeling in de thuissituatie blijkt uit de interviews dat patiënten deze verandering niet direct als positief beschouwen, patiëntenvertrouwenspersonen zowel voor- als nadelen zien en professionals wel zeer positief zijn. Patiënten ervaren dwangbehandeling in de thuissituatie als iets bedreigends, terwijl zorgprofessionals het idee hebben dat dit juist voor patiënten prettiger is dan een opname. De patiëntenvertrouwenspersonen menen ook dat patiënten een dwangbehandeling thuis zullen prefereren boven een opname met alsnog gedwongen behandeling. Dit komt in de interviews met patiënten echter niet naar voren. Volgens patiënten zijn zij die een dwangbehandeling nodig hebben te ziek om buiten de muren van een instelling behandeld te kunnen worden. De haalbaarheid van het toepassen van dwang door ambulante hulpverleners wordt vanuit beide perspectieven als knelpunt benoemd. Patiënten zien hierbij vooral als probleem dat patiënten de hulpverleners niet binnen zullen laten. Patiëntenvertrouwenspersonen zien als knelpunt dat het een inbreuk is op de privacy van de patiënt en hierbij komt dat volgens hen hulpverleners volledige ondersteuning moeten bieden in de thuissituatie en niet enkel dwangbehandeling. Voordelen voor de ambulante hulpverleners worden enkel belicht door de professionals zelf.

*Vergelijking met de literatuur*

Het knelpunt in de huidige Wet BOPZ dat men eerst moet worden beroofd van zijn vrijheid om behandeld te kunnen worden komt zowel in de literatuur als in de interviews naar voren. Dat een dwangbehandeling in de thuissituatie te prefereren valt boven dwangopname zoals Widdershoven (2006) beschrijft komt overeen met de visie van professionals. Patiënten benoemen dit voordeel echter niet. Dat dwang ook nu in de thuissituatie wordt toegepast (Widdershoven 2006) wordt onderschreven door de geïnterviewde professionals. Het gaat dan echter alleen meer om drang door middel van een voorwaardelijke machtiging, waardoor patiënten ‘gedwongen’ worden hun medicatie in te blijven nemen omdat zij anders weer opgenomen worden.

De knelpunten die in de literatuur genoemd worden bij het toepassen van ambulante dwangbehandeling zijn met name een risico op teveel vrijheid voor de zorgverleners (Bos 2009), een mogelijk traumatiserend effect voor de patiënt (Bos 2009), het ontbreken van een goede richtlijn (Dörenberg 2011) en te weinig toezicht (LPGGZ 2012). Hierdoor kan er inbreuk gemaakt worden op de grondrechten van de patiënten. Dit komt ook in de resultaten uit de interviews naar voren. Patiënten maken zich met name zorgen om de haalbaarheid voor de zorgverleners, patiëntenvertrouwenspersonen om de traumatiserende effecten voor patiënten en de professionals om de eisen die gesteld worden aan de toetsing van de dwang.

## 4.3 IBS en zorgmachtiging

### 4.3.1 Machtigingen

*Patiënten*

Op dit moment worden door patiënten geen knelpunten ervaren met de machtigingen zoals ze in de Wet BOPZ zijn vormgegeven. Het verschil tussen IBS en RM wordt belangrijk gevonden en patiënten vinden dat er verschil moet blijven bestaan in de lengte van de verschillende maatregelen. Wel vertelt een patiënt dat wanneer iemand opgenomen is met een RM maar al eerder geen gevaar meer vormt de RM gemakkelijk opgeheven kan worden. Een andere patiënt vindt dat de maximale duur van een opname drie maanden zou moeten zijn. Patiënten zijn tevreden met de machtigingen, met name met de voorwaardelijke machtiging. Deze zouden zij graag behouden ook al vraagt een van de patiënten zich af waarom deze niet direct verlengd kan worden met vijf jaar. Patiënten vinden de term ‘opnamemachtiging’ wel neutraler dan de term ‘rechterlijke machtiging’. Patiënten zien de IBS meer als tijdelijke observatiemachtiging voor een tijdelijke crisissituatie, terwijl de rechterlijke machtiging wordt gezien als een gedwongen opname voor patiënten die heel ziek zijn en langdurige hulp nodig hebben.

Patiëntenvertrouwenspersonen denken dat het voor patiënten niet veel uitmaakt met welke machtiging zij zijn opgenomen. Hoe de nieuwe machtigingen gaan werken zal moeten blijken in de praktijk. De verbetering op dit punt zou volgens een van de patiëntvertrouwens-personen moeten zitten in het zo min mogelijk gedwongen opnemen van patiënten, ze zouden zolang mogelijk de mogelijkheid moeten krijgen thuis te blijven.

*Professionals*

Professionals zijn over de huidige machtigingen positief. Ze werken goed en de splitsing tussen een kortdurende en langdurende gedwongen opname is volgens hen belangrijk. De IBS zou dus moeten blijven bestaan naast de langdurende machtiging, de rechterlijke machtiging. Belangrijkste reden hiervoor is dat bij opname niet direct bepaald kan worden hoe lang opname nodig is. Vaak is er nog geen diagnose en kan de ziekte na opname snel stabiliseren en is een langdurige opname niet nodig. Ook weten patiënten dan dat zij ter observatie worden opgenomen en niet direct vastzitten aan een langdurige opname. Een psychiater benoemt dat het belangrijk is dat er na drie weken opnieuw getoetst wordt of langere gedwongen opname noodzakelijk is en de IBS ook hierom belangrijk is. Om na een IBS de machtiging om te zetten in een rechterlijke machtiging is nu niet eenvoudig, maar dit zorgt ervoor dat patiënten niet onnodig lang opgenomen worden. De rechterlijke machtigingen lijken onderling veel op elkaar, wat volgens professionals verwarrend is. Ook vergeten artsen de machtiging te verlengen wat voor problemen zorgt. De voorwaardelijke machtiging blijkt een machtiging die veelvuldig wordt afgegeven maar waar professionals toch niet tevreden over zijn. De machtiging wordt afgegeven om de patiënt weer gemakkelijker te kunnen opnemen wanneer het na ontslag niet goed gaat. Het is echter onduidelijk wanneer het gevaar precies zo groot is geworden dat de opname in gang gezet kan worden, omdat dit gevaar niet goed gecontroleerd kan worden en het precieze omslagpunt niet objectief genoeg vast te stellen is. Daarnaast blijkt het een probleem iemand tijdens een dergelijke crisis op te nemen wanneer de voorwaarden niet concreet of volledig genoeg beschreven zijn. Dat de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg teruggaat naar één rechterlijke machtiging is voor professionals geen verslechtering maar men ziet ook niet veel verbetering. Een voordeel is dat de machtigingen die nu veel op elkaar lijken minder verward worden. Wat professionals vooral belangrijk vinden is dat de IBS blijft bestaan omdat dit een duidelijke machtiging is en veel wordt aangevraagd. Ook de voorwaardelijke machtiging zou moeten blijven bestaan volgens professionals maar concreter beschreven moeten worden in de wet.

*Vergelijking van de perspectieven*

Vanuit beide perspectieven komen weinig knelpunten met de machtigingen uit de Wet BOPZ naar voren. Zowel patiënten als professionals zijn tevreden met de huidige machtigingen, maar vinden de verandering naar één opnamemachtiging wel een positieve verandering. Patiënten vinden de voorwaardelijke machtiging een belangrijke machtiging die zij zouden willen behouden. Professionals vinden deze machtiging juist vrij onduidelijk en zouden deze concreter in de wet beschreven willen. Daarnaast zijn professionals juist zeer positief over de huidige IBS en deze crisismaatregel zou hetzelfde moeten blijven in de WVGGZ. Patiëntenvertrouwenspersonen menen dat het voor patiënten niet veel uitmaakt met welke machtiging zij worden opgenomen. Patiënten lijken echter duidelijk de voorkeur te geven aan de IBS, evenals de professionals die deze machtiging ook als minder bindend beschouwen.

*Vergelijking met de literatuur*

Zowel in de literatuur als uit de interviews blijkt dat er veel onduidelijkheid is over de precieze vormgeving van de machtigingen. In de literatuur worden echter andere knelpunten benoemd dan in de interviews. In de literatuur worden voornamelijk knelpunten beschreven aangaande de criteria en doelen. Respondenten hechten echter veel waarde aan het bestaan van de machtigingen op dit moment. Opmerkelijk is dat respondenten de IBS zien als opnamemachtiging terwijl dit in de literatuur en de wet (art. 20 Wet BOPZ) als crisismaatregel voorafgaande aan een opnamemachtiging wordt beschreven.

### 4.3.2 Schadecriterium

*Patiënten*Patiënten zijn veelal op de hoogte van het gevaarscriterium. Bij het schadecriterium kunnen zij zich niet veel voorstellen en begrijpen ook niet waarom het gevaarscriterium wordt vervangen. Voordelen die worden genoemd bij het schadecriterium zijn de ruimere betekenis en de toevoeging van materiële schade. Deze voordelen brengen volgens deze patiënten echter ook weer nadelen met zich mee. Zo kan het zijn dat er te snel opgenomen gaat worden en ook bijvoorbeeld mensen die vandalisme plegen worden opgenomen omdat zij schade veroorzaken. Ook vinden patiënten materiële schade een onduidelijk begrip, ze vragen zich af wat hier precies onder valt.

Patiëntenvertrouwenspersonen zijn beiden niet positief over het schadecriterium. Zij vinden het gevaarscriterium op dit moment goed werken en concreter dan het schadecriterium. Er zal volgens een patiëntenvertrouwenspersoon eerst veel jurisprudentie moeten komen over wat schade precies inhoudt voor het duidelijk en werkbaar is. Een andere patiëntenvertrouwenspersoon vind het schadecriterium te vaag en ‘schade’ te onschuldig, omdat schade te herstellen is terwijl gevaar opgeheven moet worden. Ook wordt er hetzelfde nadeel genoemd dat bij de patiënten naar voren kwam. Opname wordt mogelijk gemakkelijker en staat dan mogelijk niet meer in verband met een psychische stoornis. Zo komen er mensen in het psychiatrische circuit die hier niet horen.

*Professionals*Professionals zijn op dit moment tevreden met het gevaarscriterium. Dit komt met name doordat hier al veel jurisprudentie over bestaat en zij door de ervaringen in de praktijk weten wat er onder ‘gevaar’ kan vallen en wat niet. De toevoeging van ‘maatschappelijke teloorgang’ aan het gevaarscriterium in de Wet BOPZ vindt een aantal professionals een achteruitgang van het gevaarscriterium, dit is volgens hen een te onduidelijk begrip.
Het vervangen van het gevaarscriterium door het schadecriterium wordt door de respondenten als positief of neutraal beschouwd. Een aantal meent dat ‘schade’ niet veel verschilt van ‘gevaar’. Andere professionals vinden ‘schade’ een eenvoudiger te hanteren criterium dan ‘gevaar’. Schade is volgens de professionals mogelijk breder en kan leiden tot meer opnames. Het criterium zal zorgvuldig gehanteerd moeten worden. Professionals benoemen allen dat het nog moet blijken of dit criterium uiteindelijk beter zal zijn. Jurisprudentie zal hier bij kunnen helpen. Wanneer het criterium niet goed geïnterpreteerd wordt door de behandelaar vindt er namelijk altijd een tweede beoordeling plaats door de rechter.

*Vergelijking van de perspectieven*

Uit beide perspectieven blijkt dat het onduidelijk is van tevoren te bepalen of het schadecriterium beter zal zijn dan het gevaarscriterium. Er zal jurisprudentie nodig zijn en hulpverleners zullen moeten wennen aan het nieuwe criterium. Wel blijkt dat ‘schade’ een onschuldiger en breder te interpreteren begrip is. Dit wordt vanuit het patiëntenperspectief als nadeel beschouwd, waarbij de professionals aangeven dat het criterium met zorgvuldigheid geïnterpreteerd zal moeten worden.

*Vergelijking met de literatuur*

In de literatuur wordt gesteld dat ‘gevaar’ mogelijk een te eng criterium is (ZonMW 2002, Keurentjes 2007, Widdershoven 2009) en materiele schade hier ook onder zou moeten gaan vallen. De resultaten vanuit de interviews komen hier niet mee overeen. Professionals zien het niet als nadeel dat materiele schade niet onder het gevaarscriterium valt. Vanuit het patiëntenperspectief komt naar voren dat materiële schade niet gewenst is als grond om iemand op te nemen, omdat er hierdoor mensen opgenomen gaan worden die niet in het psychiatrische circuit thuis horen. Ook blijkt dat professionals hun vragen stellen bij het begrip ‘maatschappelijk teloorgang’ echter is dit ook in de WVGGZ opgenomen.

### 4.3.3 Familiebetrokkenheid

*Patiënten*

Over de betrokkenheid van de familie hebben alle patiënten dezelfde mening. Ze geven aan dat familie heel belangrijk is bij de opname en behandeling en betrokkenheid belangrijk is. Het is echter ook vaak het geval dat de patiënt niet wil dat de familie betrokken is of geïnformeerd wordt of dat familie te betrokken is. Dan zou deze keuze van de patiënt altijd leidend moeten zijn. Het informeren of betrekken van de familie buiten de wil van de patiënt om vinden alle respondenten onacceptabel.

De mening van patiëntenvertrouwenspersonen sluit hierbij aan. Ook zij geven aan dat de patiënt soms niet instemt met de inlichting of betrokkenheid aan en van familie en er uitsluitingen in de wet zouden moeten komen om deze wens van de cliënt te kunnen respecteren.

*Professionals*

Professionals reageren in eerste instantie zeer positief op de verplichting de familie meer bij de behandeling te betrekken. De familie betrekken is zeer belangrijk bij de behandeling en gebeurt nu ook al zoveel mogelijk. Zeker bij wilsonbekwame patiënten kan de behandelaar zelfs niet anders. Maar ook professionals zien bij het betrekken van familie veel knelpunten. Zij benoemen dat het veel gebeurt dat familie de behandeling juist belemmert doordat zij vinden dat hun familielid niet ziek is en geen behandeling nodig heeft of juist meer behandeling wenst dan de behandelaar nodig acht. De familie zou volgens professionals geen doorslaggevende stem moeten hebben aangezien dit de behandeling belemmert. Ook gebeurt het dat de familie niet betrokken wil worden bij de behandeling of dat de patiënt niet wil dat de familie betrokken wordt bij de behandeling.

*Vergelijking van de perspectieven*

Vanuit beide perspectieven komt naar voren dat het inlichten van familie terwijl de patiënt het hier niet mee eens is een belangrijk knelpunt is bij de bepaling in de WVGGZ. Professionals zien hiernaast nog meer knelpunten namelijk het belemmeren van de behandeling of teveel inspraak door de familie of familie die geen inlichtingen wenst te ontvangen.

*Vergelijking met de literatuur*

Ook Arends (2010) en Bos (2009) benoemen dat de WVGGZ niet voorziet in het feit dat sommige patiënten geen betrokkenheid van de familie wensen. Dit komt dus overeen met de resultaten uit de interviews.

## 4.4 (On)mogelijkheden tot dwang

### 4.4.1 Verplichte zorg

*Patiënten*Ten aanzien van verplichte zorg wordt vanuit patiënten aangegeven dat dit iets heel bedreigends is en dwang zo min mogelijk toegepast zou moeten worden. Volgens patiënten zijn er genoeg mogelijkheden om dwang te voorkomen. Soms is het nodig in crisissituaties, met name de middelen en maatregelen, maar dit zou geen onderdeel van de behandeling moeten zijn. Verplichte zorg koppelen aan de opnamemachtiging kan zorgen dat er juist meer verzet komt tegen de opname omdat gedwongen medicatie hier dan automatisch bij hoort en bijvoorbeeld antipsychotica heel zware bijwerkingen geven. Wanneer patiënten de regie tijdens opname in handen kunnen houden, zouden zij zich mogelijk eerder op laten nemen. Patiënten hechten veel waarde aan hun eigen keuze bij de behandeling.

Volgens patiëntenvertrouwenspersonen blijft dwangbehandeling een gruwelijk iets. Volgens een van de patiëntenvertrouwenspersonen is het echter geen probleem verplichte zorg toe te passen wanneer men zich aan de richtlijnen houdt en er een klachtenprocedure blijft bestaan. Wel bestaat er bij de koppeling van verplichte zorg aan de opnamemachtiging het risico dat bij opname verplichte zorg een automatisme wordt, terwijl dit niet altijd nodig is en de opname zelf ook al veel kan oplossen. Opname en behandeling zouden gescheiden moeten blijven. Een voordeel bij het koppelen van verplichte zorg aan de opnamemachtiging is echter wel dat de rechter van tevoren ook al over de dwangbehandeling oordeelt en niet alleen over de gedwongen opname. Volgens een van de patiëntenvertrouwenspersonen zouden instellingen minder dwang moeten toepassen en zijn middelen en maatregelen nooit therapeutisch maar enkel om bijvoorbeeld agressie te beheersen. Volgens deze patiëntenvertrouwenspersoon zou dergelijk gedrag meer als hulpvraag gezien moeten gaan worden. Daarnaast zouden patiënten de keuze moeten hebben tussen een lange opname met lichte medicatie of een korte opname met zware medicatie.

*Professionals*Wanneer de patiënt onder de wet BOPZ na een gedwongen opname niet instemt met de behandeling, kan er geen behandeling gestart worden en moet een dwangbehandeling aangevraagd worden. Deze procedure duurt erg lang omdat verschillende onafhankelijke partijen de situatie moeten beoordelen. Wanneer de patiënt na het besluit tot dwangbehandeling een klacht indient over de behandeling moet dit gestaakt worden en op deze manier duurt het erg lang voor er gedwongen behandeld kan gaan worden. Volgens professionals is dit een belangrijk knelpunt van de Wet BOPZ, omdat het beter voor de patiënt is zo snel mogelijk behandeld te worden. Wanneer de behandeling gekoppeld wordt aan de opnamemachtiging zoals bij de WVGGZ, zou dit volgens professionals veel voordelen opleveren voor de zorgverleners en patiënten. Een dwangbehandeling is altijd in het belang van de patiënt omdat het hebben van bijvoorbeeld een psychose gruwelijk is. Hoe sneller behandeld wordt, hoe minder schade er is voor de patiënt. Lastig is wel dat het ook kan zijn dat de patiënt na bijvoorbeeld een paar dagen opname wel instemt met de behandeling en er toch verplichte zorg wordt gestart op de eerste dag van opname. Deze ethische kwestie speelt echter ook bij de toepassing van de wet BOPZ. Een ander belangrijk knelpunt is dat bij de (crisis)opname nog niet voorspeld kan worden welke dwang iemand nodig zal hebben tijdens de opname.

*Vergelijking van de perspectieven*

De visies ten aanzien van dwang vanuit beide perspectieven zijn tegengesteld. Patiënten vinden de vergemakkelijking van verplichte zorg in de WVGGZ een achteruitgang, terwijl dit voor professionals juist een oplossing is voor een belangrijk knelpunt van de wet BOPZ. Professionals zien snel behandelen als een voordeel voor de patiënt om schade te beperken. Patiënten zien snellere dwangbehandeling als een bedreiging wat kan leiden tot meer verzet bij gedwongen opname. Ook patiëntenvertrouwenspersonen stellen dat dwang zoveel mogelijk beperkt moet worden en altijd volgens de richtlijnen toegepast moet worden. Zij zien echter wel een voordeel van de dwangbehandeling gekoppeld aan de opnamemachtiging, namelijk dat de rechter van tevoren ook al over de dwangbehandeling oordeelt. Een probleem dat hierbij zal komen kijken wat door professionals genoemd wordt, is dat van tevoren lastig vast te stellen is welke dwang iemand nodig zal hebben.

*Vergelijking met de literatuur*

Verplichte zorg wordt volgens Arends (2010) niet meer voorgelegd aan de rechter omdat verplichte zorg wordt opgenomen in het zorgplan bij de opname. Dit komt niet overeen met wat in de interviews naar voren komt. Wanneer de rechter beslist over dwangopname en verplichte zorg hier aan gekoppeld is zou de rechter juist ook over de verplichte zorg gaan oordelen volgens een patiëntenvertrouwenspersoon. Onduidelijk is dus waarover de rechter zal gaan oordelen bij de beslissing tot dwangopname. Daarnaast worden vanuit cliëntenperspectief in de literatuur vragen gesteld bij de inspanningsverplichting van de hulpverleners die betrokken zijn bij verplichte zorg, aangezien de mogelijkheid tot verplichte zorg is uitgebreid (Bos 2009). Dit komt overeen met de verzamelde meningen van patiënten in de interviews. Patiënten maken zich zorgen over het gemakkelijker toepassen van dwang. Naar voren komt bij de interviews met patiëntenvertrouwenspersonen dat het zorgvuldig omgaan met dwangbehandeling behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverlener.

### 4.4.2 Zorgplan

*Patiënten*Patiënten zijn veelal ontevreden over het behandelplan op dit moment. In de praktijk zien patiënten de psychiater vrij zelden terwijl zij hier wel behoefte aan hebben. Zij zouden willen dat de behandelend psychiater de zorgverantwoordelijke wordt en actief betrokken is bij het hele zorgproces, maar geven hierbij aan dat dit waarschijnlijk niet haalbaar is. Zo wordt genoemd dat dit niet past bij de huidige bezuinigingen en psychiaters het hier veel te druk voor hebben. De crisiskaart of zorgkaart wordt door geen enkele patiënt als iets positiefs beschouwd of ervaren. Onduidelijk is wat hierop komt te staan en volgens patiënten wordt hier uiteindelijk toch geen gehoor aan gegeven wanneer het niet bij de behandeling past. Dat het zorgplan meer multidisciplinair wordt lijkt patiënten een goede ontwikkeling of ze hebben hier geen mening over. Een enkele patiënt noemt de privacy als een mogelijk knelpunt wanneer alle disciplines het dossier in kunnen zien.

Patiëntenvertrouwenspersonen zijn positief over het aanstellen van een zorgverantwoordelijke om de continuïteit van zorg te verbeteren. Ze hebben alleen beiden hun twijfels over of deze rol het meest geschikt is voor een arts of psychiater. Ze denken beiden dat de psychiater vaak te ver af staat van de zorg, niet geschikt is om ook andere soort zorg te coördineren en zich vaak vooral op de medicatie richt, doordat hij ziektebeeldgericht is. Een psychiater zal volgens hen te duur zijn voor deze rol en hiervoor te weinig tijd hebben. Een van de patiëntenvertrouwenspersonen geeft aan dat bij het invoeren van de zorgverantwoordelijke nog wel de vrije artsenkeuze zal moeten blijven bestaan.

*Professionals*
Professionals zien het als een belangrijke meerwaarde dat er nog maar één zorgplan komt in plaats van verschillende behandel- en BOPZ-plannen die nu naast elkaar bestaan. Een professional die ook in de ambulante setting werkzaam is, is van mening dat het zorgplan zowel intra- als extramuraal zou moeten worden. Volgens professionals is het behandelplan op dit moment ook multidisciplinair en zeer uitgebreid. De eisen van de nieuwe wet zullen op dit punt dus waarschijnlijk verder geen verandering teweegbrengen. Maar hoe een plan er volgens de eisen van de WVGGZ precies uit moet zien is voor de professionals nog niet duidelijk. Er zou een voorbeeldplan moeten komen om dit te verduidelijken volgens een van de respondenten. Privacy van de patiënt is bij een multidisciplinair plan wel een aandachtspunt. Verder moet het niet een eis worden dat het zorgplan al binnen een paar dagen aan de eisen van de WVGGZ voldoet. Dit zal het plan juist niet persoonsvolgend maken omdat het plan ontwikkeld moet worden wat tijd kost. In de praktijk betekent dit dat op een crisisafdeling waar de patiënten maar kort verblijven de plannen niet aan de eisen van de wet kunnen voldoen omdat hier te weinig tijd voor is. De zorgkaart wordt door geen enkele professional als meerwaarde gezien. Op dit moment lijken alle pogingen tot het invoeren van zorgkaarten, crisis- en signaleringsplannen enzovoorts mislukt.

Een onafhankelijke zorgverantwoordelijke is volgens alle professionals niet haalbaar en bovendien niet bevorderend voor de kwaliteit van de zorg. De zorgverantwoordelijke zou juist dicht bij de patiënt moeten staan en zeer betrokken zijn bij de zorg. Op dit moment is de hoofdbehandelaar de psychiater, maar deze ziet de patiënt vaak maar een paar keer per jaar. Veel taken worden gedelegeerd naar bijvoorbeeld sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV’ers) die net zo deskundig zijn. Psychiaters zijn vaak hoofdbehandelaar van veel patiënten en de werkdruk is hoog. De psychiater als zorgverantwoordelijke is volgens zorgprofessionals op dit moment niet haalbaar. Enkele respondenten vinden het wel goed wanneer de zorgverantwoordelijke een psychiater wordt, alleen zouden er dan meer psychiaters moeten komen. Andere zorgverleners denken dat SPV’ers, verpleegkundigen, psychologen of casemanagers beter zorgverantwoordelijke kunnen worden. Een psychiater denkt dat ervaringsdeskundigen steeds meer ingezet zouden moeten worden en deze kunnen gaan fungeren als coördinator van de zorg als ‘maatje’ naast de patiënt. Op deze manier heeft de patiënt de macht in handen tijdens de opname.

*Vergelijking van de perspectieven*

Op dit punt komen de meningen vanuit de verschillende perspectieven grotendeels overeen. Het is een vooruitgang dat teruggegaan wordt naar één zorgplan. Het is echter voor professionals nog niet geheel duidelijk hoe het zorgplan er precies uit moet gaan zien en hoeveel tijd er is om het zorgplan aan de eisen te laten voldoen. De zorgkaart wordt vanuit beide perspectieven beschouwd als iets wat nu niet werkt en waarschijnlijk ook niet zal gaan werken. Het aanstellen van een zorgverantwoordelijke is een goede ontwikkeling, maar deze zorgverantwoordelijke moet persoonlijk betrokken zijn bij de patiënt. Ook is het waarschijnlijk niet haalbaar een psychiater als zorgverantwoordelijke aan te stellen. Ook al zouden patiënten graag hun psychiater, die nu de hoofdbehandelaar is, vaker willen zien.

*Vergelijking met de literatuur*

Rijkeboer (2010) en Arends (2010) vragen zich af of de psychiater wel de meest geschikte zorgverlener is om aangesteld te worden als zorgverantwoordelijke. Dit komt overeen met wat naar voren komt vanuit de interviews. Dat de patiënt meer centraal komt te staan (Arends 2010) komt in de interviews niet naar voren. Volgens (Dörenberg 2011) worden in de wet weinig eisen gesteld aan de zorgverantwoordelijke en is dit een nadeel van de WVGGZ. Vanuit de respondenten bestaan er vooral verschillende meningen over wie de zorgverantwoordelijke zou moeten zijn.

### 4.4.3 Wils(on)bekwaamheid

*Patiënten*
Patiënten zijn niet bekend met de term wils(on)bekwaamheid. Een van de patiënten-vertrouwenspersonen is hier wel mee bekend en is van mening dat wilsonbekwaamheid niet gekoppeld zou moeten worden aan dwangopname of –behandeling. Verzet moet verzet blijven ongeacht de gedachtegang van de patiënt. De term zou dus niet opgenomen moeten worden in de wet, dit zou namelijk zorgen dat patiënten zich moeilijk kunnen verdedigen.

*Professionals*De zorgprofessionals zijn allen bekend met de term wils(on)bekwaamheid. Het is echter vaak niet duidelijk wat men precies met deze term bedoelt. Iemand kan namelijk op sommige gebieden wilsonbekwaam zijn, maar op andere gebieden wilsbekwaam. Patiënten zijn soms bijvoorbeeld wilsonbekwaam ten aanzien van hun ziekte maar voor andere beslissingen wel wilsbekwaam. Een van de professionals noemt een patiënt met een verstoorde realiteitszin wilsonbekwaam, een andere professional ziet ontoerekeningsvatbaarheid als wilsonbekwaam. Geen enkele professional vindt dat de wilsonbekwaamheid voor de behandeling officieel vastgesteld hoeft te worden door een rechter. Professionals passen alleen dwangbehandeling toe wanneer een patiënt op dit gebied wilsonbekwaam wordt geacht door de psychiater. In die zin wordt verplichte zorg dus gekoppeld aan wilsonbekwaamheid, maar dit gebeurt nu ook. Dit hoeft volgens professionals niet vastgelegd te worden in de WVGGZ aangezien dit als vanzelfsprekend wordt beschouwd.

*Vergelijking van de perspectieven*

Zowel patiëntenvertrouwenspersonen als professionals zijn van mening dat de koppeling tussen wilsonbekwaamheid en dwang niet opgenomen moet worden in de WVGGZ. Professionals zien de koppeling tussen wilsonbekwaamheid en dwang namelijk als vanzelfsprekendheid. Een patiëntenvertrouwenspersoon ziet dit echter anders en vindt dat wilsonbekwame patiënten zich ook zouden moeten kunnen verzetten tegen de behandeling.

*Vergelijking met de literatuur*

Volgens Widdershoven (2006) zou het meer met de Europese Wetgeving overeenkomen wanneer de toepassing van dwangbehandeling alleen toegestaan zou zijn bij wilsonbekwaamheid. Vanuit het perspectief van de professionals blijkt dat zij dit als niet meer dan vanzelfsprekend beschouwen. Toch is wilsonbekwaamheid volgens de Wet BOPZ niet gekoppeld aan dwangbehandeling (Kwartel 2007), maar het gaat hier om patiënten die volledig wilsonbekwaam zijn verklaard. Wanneer dit criterium zou worden opgenomen in de WVGGZ zou eerst duidelijk moeten worden op welke gebieden patiënten dan wilsonbekwaam verklaard moeten zijn en door wie dit gedaan moet worden.

### 4.4.4 Klachtencommissie

*Patiënten*
Geen enkele respondent onder de patiënten heeft te maken gehad met de klachtencommissie. Slechts een enkele patiënt weet van het bestaan van een klachtencommissie. Het bestaan van een patiëntenvertrouwenspersoon is bij alle patiënten bekend, dit is het eerste dat zij noemen wanneer het gaat over de klachtenprocedure. Een van de patiënten vermeldt hierbij dat de patiëntenvertrouwenspersoon niets doet met de klachten. Of de klachtencommissie is verbonden aan de instelling of regionaal is maakt patiënten niets uit, als de commissie de klachten maar goed behandelt. Een van de patiënten noemt alleen dat het wel voordelen kan opleveren als de klachtencommissie bekend is met de afdeling en dus wel beter aan de instelling verbonden kan zijn.

Patiëntenvertrouwenspersonen benadrukken beiden dat de klachtencommissies op dit moment zeer onafhankelijk zijn en goed functioneren. Toch vindt een van hen een regionale klachtencommissie een vooruitgang. De onafhankelijkheid is dan meer expliciet en dit is gemakkelijker uit te leggen aan patiënten. De andere patiëntenvertrouwenspersoon vindt een regionale klachtencommissie geen verbetering. Het voordeel van een klachtencommissie die is aangesteld door de Raad van Bestuur van de instelling, is dat de klachtencommissie kennis heeft van de gang van zaken van het ziekenhuis en de Raad van Bestuur ook kan reageren op uitspraken door verbeteringen door te voeren op punten waar veel klachten over binnen komen.

*Professionals*De huidige klachtenprocedures werken volgens alle geïnterviewde professionals op dit moment goed. De klachtencommissie is onafhankelijk, multidisciplinair en behandelt de klachten serieus. Geen van de respondenten ziet een regionale klachtencommissie als vooruitgang ten opzichte van de huidige klachtencommissies. Sommige respondenten vinden een regionale klachtencommissie ook goed, mits er deskundige professionals van verschillende disciplines plaatsnemen in de commissie. Een voordeel van een regionale commissie is dat deze commissie meer zicht heeft op welke klachten er veel gemeld worden in een bepaalde regio. Ook zou het zo kunnen zijn dat deze commissie sneller beschikbaar is. Een aantal professionals ziet een regionale klachtencommissie als achteruitgang. Deze regionale klachtencommissie kent het ziekenhuis namelijk niet en heeft geen zicht op de cultuur binnen het ziekenhuis en eventuele interne problemen die spelen.

*Vergelijking van de perspectieven*

Uit de interviews komt geen duidelijke voorkeur voor een regionale klachtencommissie naar voren. Zowel patiënten als professionals zijn tevreden over de klachtencommissie zoals deze op dit moment bestaat. Vanuit het patiëntenperspectief lijkt eerder de toegankelijkheid van de klachtencommissie een knelpunt aangezien geen van de patiënten te maken heeft gehad met de klachtencommissie en wordt benoemd dat de klachten nooit verder komen dan de patiëntenvertrouwenspersoon. Een voordeel van de huidige klachtencommissie is de bekendheid met de instelling, zo blijkt uit interviews met respondenten vanuit beide perspectieven.

*Vergelijking met de literatuur*

Widdershoven (2009) typeert de regionale klachtencommissie als meer onafhankelijk en meer geprofessionaliseerd omdat zij meer klachten behandelen (Arends 2009). Dit komt in de interviews niet naar voren. De huidige klachtencommissie lijkt te voldoen en een regionale klachtencommissie zal weinig voordelen en misschien zelfs nadelen opleveren.

## 4.5 Beslissingsbevoegdheid

### 4.5.1 Rechter en behandelaar

*Patiënten*Patiënten zijn niet bekend met de procedure rondom de beslissing tot gedwongen opname of dwangbehandeling. Ze hebben wel vaak iets te maken gehad met een rechter of advocaat en weten dat er niet alleen door de behandelaar beslist wordt over dwangopname. Als nadeel van deze constructie wordt genoemd dat de rechter mogelijk niet voldoende op de hoogte is van wat er speelt rondom de patiënt en de behandelaar dit beter kan beoordelen. Dat de behandelaar over de dwangbehandeling beslist vinden patiënten een goede zaak. De psychiater weet namelijk meer van de situatie van de patiënt af. Ook denkt een van de respondenten dat patiënten waarschijnlijk eerder instemmen met een behandeling wanneer een psychiater hierover beslist dan wanneer een rechter hier iets over te zeggen heeft.

Een van de patiëntenvertrouwenspersonen ziet de beslissingsbevoegdheid op dit moment als het grootste knelpunt in de huidige Wet BOPZ. Op dit moment beslist de rechter enkel over de dwangopname en niet over dwangbehandeling en dit is een inbreuk op de grondrechten van patiënten. Dwangbehandeling wordt alleen achteraf getoetst wanneer een patiënt een klachtenprocedure start. En dat terwijl dwangbehandeling toegepast kan worden op basis van zowel intern als extern gevaar. Het zou volgens deze patiëntenvertrouwenspersoon zo moeten zijn dat de rechter ook over dwangbehandeling moet oordelen. De andere patiëntenvertrouwenspersoon ziet geen problemen bij de huidige beslissingsbevoegdheid. Bij de beslissing tot dwangopname op dit moment wordt ook de medische verklaring meegenomen en heeft de psychiater ook al invloed naast de rechter. De rechter is onafhankelijk en dit is een goede zaak.

*Professionals*De constructie zoals deze op dit moment is wordt door professionals als vanzelfsprekend beschouwd en zal volgens hen ook zo moeten blijven om de verschillende toetsingen te behouden. Een knelpunt hierbij is dat de rechter en de psychiater soms een oordeel geven over iets wat niet tot hun verantwoordelijkheid behoort. De rechter geeft bijvoorbeeld een oordeel over een medisch aspect, terwijl hij hier geen verstand van heeft. Volgens de professionals zou de rechter alleen moeten oordelen over de procedures. Ook hebben de psychiater en rechter in sommige gevallen een verschillende mening over of er bijvoorbeeld sprake is van gevaar. Maar dit komt niet vaak voor omdat psychiaters door ervaring kunnen inschatten in welke gevallen de aanvraag voor een dwangopname goedgekeurd zal worden door de rechter.

*Vergelijking van de perspectieven*

Vanuit beide perspectieven komt naar voren dat het belangrijk is dat de behandelaar beslist over de medische aspecten en de rechter hier niet over oordeelt maar enkel over de procedures. Een van de patiëntenvertrouwenspersonen vindt het een inbreuk op de rechten van de patiënt dat de rechter niet oordeelt over de dwangbehandeling en deze beslissing bij de behandelaar ligt. In de WVGGZ zal de behandeling gekoppeld worden aan de opnamemachtiging en zal de rechter dus ook van tevoren oordelen over de dwangbehandeling. Dit kan het knelpunt van de Wet BOPZ wegnemen.

*Vergelijking met de literatuur*

Het knelpunt dat een patiëntenvertrouwenspersoon aandraagt komt ook duidelijk naar voren in de literatuur. Widdershoven (2006) vraagt zich af of de behandelaar wel een voldoende gegrond oordeel kan geven over dwangbehandeling en zou dit over willen laten aan de rechter. Ook Legemaate e.a. (2007) pleiten voor een onafhankelijke partij die ook oordeelt over dwangbehandeling. Echter patiënten vinden het juist een goede zaak dat de behandelaar beslist over de dwangbehandeling, omdat deze de patiënt beter kent dan de rechter. Deze meningen vanuit het patiëntenperspectief spreken elkaar dus tegen.

### 4.5.2 Geneesheerdirecteur

*Patiënten*
De geneesheerdirecteur als centrale spin in het web wordt door driekwart van de patiënten als verbetering gezien ten opzichte van de huidige constructie met de rechter die beslist over dwangopname. De geneesheerdirecteur wordt namelijk gezien als iemand die meer weet van de inhoudelijke zorg dan een rechter. Een van de patiënten denkt echter dat de geneesheerdirecteur sneller zal instemmen met een gedwongen opname omdat dit zorgt voor meer inkomsten voor zijn ziekenhuis en onder de dwangopname uitkomen wordt dan lastiger. Een rechter wordt wel als meer onafhankelijk gezien en dus is volgens deze patiënt de huidige constructie beter. Wel blijkt uit de interviews dat een groot deel van de patiënten niet weet wat een geneesheerdirecteur precies is en welke werkzaamheden hij verricht.

Een van de patiëntenvertrouwenspersonen ziet de constructie met de geneesheerdirecteur niet als een oplossing voor het knelpunt in de beslissingsbevoegdheid. Extra toezicht wordt wel als voordeel gezien maar het is de vraag of de geneesheerdirecteur hier wel genoeg tijd voor heeft. Een andere patiëntenvertrouwenspersoon ziet de regierol van de geneesheerdirecteur als verslechtering van de beslissingsbevoegdheid. De geneesheerdirecteur krijgt hierdoor een dubbele pet op. Patiënten doen namelijk bij de geneesheerdirecteur een verzoek tot het opheffen van een dwangopname, maar wanneer deze geneesheerdirecteur eerst zelf heeft beslist over deze opname is dit niet correct.

*Professionals*Volgens professionals heeft de geneesheerdirecteur op dit moment formeel ook al de rol die hij in de WVGGZ toegeschreven krijgt. Met name de dwangbehandeling wordt nu ook gecontroleerd door de geneesheerdirecteur. De geneesheerdirecteur is alleen niet fysiek betrokken bij de zorg. Wat er zal gaan veranderen met de komst van de WVGGZ is dat de geneesheerdirecteur verzoeken toch machtigingen gaat indienen bij de rechter en de geneesheerdirecteur meer verantwoordelijk wordt voor de zorg. Gevolg hiervan is een hogere werkdruk. Professionals zien de regierol voor de geneesheerdirecteur niet als een directe verbetering maar denken dat de praktijk moet uitwijzen of deze constructie zal gaan werken. De geïnterviewde geneesheerdirecteur denkt dat de verandering vooral veel extra administratief werk zal opleveren en dit concreet zal betekenen dat er meer secretariaat nodig is, niet dat de rol van de geneesheerdirecteur drastisch zal veranderen. De geneesheerdirecteur vindt dit geen verbetering ten opzichte van de huidige rol.

*Vergelijking van de perspectieven*

Patiënten zijn positief over een grotere rol van de geneesheerdirecteur, zij weten echter niet wat de geneesheerdirecteur op dit moment voor werkzaamheden verricht. Patiëntenvertrouwenspersonen zijn niet positief over deze grotere rol van de geneesheerdirecteur omdat de geneesheerdirecteur dan zowel over de start als de staking van de dwangbehandeling beslist. Vanuit het perspectief van de professional komt naar voren dat de geneesheerdirecteur deze rollen nu ook al heeft. Ook de geneesheerdirecteur zelf denkt dat de inhoudelijke rol niet zal veranderen met de komst van de WVGGZ maar de verandering alleen extra administratief werk zal opleveren.

*Vergelijking met de literatuur*

Vanuit de literatuur komt naar voren dat de patiëntenorganisatie LPGGZ (2012) de onafhankelijkheid en deskundigheid van de geneesheerdirecteur betwijfelt. Dit komt overeen met wat patiëntenvertrouwenspersonen aangeven in de interviews.

### 4.5.3 Meldpunt OGGZ

*Patiënten*
Het meldpunt OGGZ is bij geen enkele patiënt bekend en wordt door geen enkele patiënt als positieve ontwikkeling gezien. Zij denken allen dat hier misbruik van gemaakt gaat worden door buurtbewoners die last hebben van elkaar en hier meldingen van gaan doen bij dit meldpunt. Mogelijke gevolgen hiervan die genoemd worden zijn teveel bemoeizucht, onterechte meldingen en onnodige opnames. Het enige voordeel dat genoemd wordt is dat er mogelijk meer betrokkenheid zal zijn in de buurt.

Patiëntenvertrouwenspersonen vinden dit meldpunt beiden dubieus. Ze geven beiden aan dat het te begrijpen is dat deze meldpunten bestaan, maar hebben veel twijfels bij het meldpunt. Ook zij geven aan dat er waarschijnlijk gemeld zal gaan worden door overlast in de buurt en het meldpunt hier niet voor bedoeld is. Verder denkt een van de patiëntenvertrouwenspersonen dat de bemoeizorg die een meldpunt veroorzaakt voor sommige psychiatrische patiënten als zeer bedreigend wordt ervaren en dat het overkomt als bemoeienis onder valse voorwendselen als bijvoorbeeld een psychiater op huisbezoek komt en vervolgens een rechterlijke machtiging wordt aangevraagd.

*Professionals*Het grootste deel van de geïnterviewde professionals is bekend met het meldpunt OGGZ omdat deze meldpunten al bestaan. Professionals zijn grotendeels positief over de meldpunten. Met name in de grote steden verminderen deze meldpunten onrust in de wijk en leveren zij bemoeizorg. Volgens een van de professionals zijn de meldpunten te ‘kneuterig’ en zouden zij meer tot actie over moeten gaan. Een andere professional vertelt dat het voorkomt dat een opname van een familielid geen gemakkelijke opgave is wanneer een huisarts geen reden ziet tot het inschakelen van de crisisdienst. Een meldpunt zou in deze gevallen de oplossing kunnen zijn. Een aantal professionals stelt wel enkele vragen bij het bestaan van de meldpunten. Het laagdrempelig kunnen melden kan tot commotie in de buurt leiden. Ook maken professionals zich zorgen over de deskundigheid van de hulpverleners die werkzaam zijn bij het meldpunt. Er moet wel zuiver omgegaan worden met de procedures rondom opname en de criteria moeten getoetst worden door een bekwame professional.

*Vergelijking van de perspectieven*

Patiënten zijn niet bekend met het meldpunt OGGZ en vinden het bestaan hiervan geen goede ontwikkeling. Professionals daarentegen zijn veelal wel bekend met het meldpunt en zijn veel positiever. Patiëntenvertrouwenspersonen vinden het meldpunt dubieus, zij zien zowel voor- als nadelen. Het belangrijkste nadeel dat naar voren komt is dat er te laagdrempelig gemeld kan worden dat tot commotie in de buurt kan leiden. Ook bestaat het risico dat er onzorgvuldig met opnamecriteria wordt omgegaan, dat tot onterechte opnames kan leiden. Belangrijk is dus dat er deskundige hulpverleners werkzaam zijn bij het meldpunt, die zorgvuldig omgaan met meldingen.

*Vergelijking met de literatuur*

In de literatuur wordt het meldpunt OGGZ gezien als oplossing voor het mogelijk niet-onafhankelijk genoeg zijn van de geneesheerdirecteur (LPGGZ 2012). Uit de interviews blijkt echter dat patiënten veel positiever zijn over de nieuwe rol van de geneesheerdirecteur dan over het meldpunt OGGZ. Het meldpunt lijkt dus geen oplossing voor het genoemde knelpunt.

# Hoofdstuk 5: Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de hoofd- en deelvragen zoals geformuleerd in hoofdstuk één beantwoord. Dit gebeurt aan de hand van dezelfde onderwerpen die geformuleerd zijn in het theoretisch kader en de resultaten. Na de conclusie bevat dit hoofdstuk de discussie waarin kanttekeningen worden geplaatst bij dit onderzoek.

## 5.1 Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: ‘Wat zijn de verschillen tussen de huidige wet BOPZ en de toekomstige WVGGZ? Wat zijn succes- of faalfactoren van de nieuwe WVGGZ met betrekking tot de kwaliteit van zorg zoals aangegeven door cliënten en professionals in het werkveld?” Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de verschillende deelvragen.

### 5.1.1 Welke knelpunten kent de Wet BOPZ?

*Reikwijdte*Op dit moment geldt de Wet BOPZ zowel voor patiënten met een psychiatrische aandoening als mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten. Gepleit wordt om mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten niet meer onder de Wet BOPZ te laten vallen, omdat deze wet niet voldoende bij deze patiëntencategorieën aansluit (Dörenberg 2011). Ook vanuit de interviews komt naar voren dat deze patiëntencategorieën veel verschillen van psychiatrische patiënten die vaak kunnen herstellen van hun ziekte. Een ander knelpunt van de Wet BOPZ met betrekking tot de reikwijdte is dat men iemand eerst van de vrijheid moet beroven om gedwongen te kunnen behandelen (Arends 2010). Dit knelpunt speelt met name bij zorgprofessionals. Op dit moment wordt dwang thuis toegepast door te dreigen met opname en veel voorwaardelijke machtigingen uit te schrijven maar hierin gaat veel fout. Ook ontwrichten sommige patiënten een afdeling en zouden zij beter thuis gedwongen behandeld kunnen worden. Ambulante dwang zou volgens professionals meer aansluiten bij de ambulantisering van de hele gezondheidszorg. Ook patiëntenvertrouwenspersonen denken dat het thuis behandelen van patiënten beter zou zijn dan een gedwongen opname.

*IBS en zorgmachtiging*

Op het gevaarscriterium wordt veel kritiek geuit. Zo zou het criterium te eng geformuleerd zijn (ZonMW 2002, Keurentjes 2007, Widdershoven 2009). Ook wordt het gevaarscriterium door hulpverleners verschillend geïnterpreteerd (Kwartel 2007). Daarnaast zouden bijvoorbeeld maatschappelijk discutabel gedrag en het aanrichten van materiële schade ook onder gevaar moeten vallen (ZonMW 2002). Vanuit het patiëntenperspectief komt naar voren dat maatschappelijk discutabel gedrag en het aanrichten van materiële schade juist niet onder gevaar zouden moeten vallen, aangezien er dan patiënten in het psychiatrische circuit komen die hier niet thuis horen. Zowel professionals als patiënten en patiëntenvertrouwenspersonen zijn op dit moment tevreden met het gevaarscriterium. Echter de toevoeging van ‘maatschappelijke teloorgang’ aan het gevaarscriterium in de Wet BOPZ vindt een aantal professionals een achteruitgang van het gevaarscriterium, dit is volgens hen een te onduidelijk begrip. De machtigingen zelf sluiten niet aan op hoe zij in andere Angelsaksische wetgeving zijn vormgegeven (Legemaate e.a. 2007) en de zelfbindingsverklaring blijkt in de praktijk niet goed te werken (Arends 2010). Dit sluit enigszins aan bij de knelpunten die professionals ervaren. De verschillende rechterlijke machtigingen lijken volgens professionals teveel op elkaar en over de voorwaardelijke machtiging zijn professionals niet positief, zij vragen zich af wanneer het gevaar groot genoeg is om iemand op te nemen. Professionals vinden echter de machtigingen op dit moment wel voldoende functioneren. Ook patiënten zijn tevreden over de machtigingen en zijn juist wel positief over de voorwaardelijke machtiging.

*(On)mogelijkheden tot dwang*

Volgens Widdershoven (2006) zou het meer met de Europese Wetgeving overeenkomen wanneer de toepassing van dwangbehandeling alleen toegestaan zou zijn bij wilsonbekwaamheid. De term ‘wilsonbekwaamheid’ is volgens professionals onduidelijk. Dwangbehandeling wordt altijd alleen toegepast bij wilsonbekwame patiënten, maar deze patiënten zijn dan wilsonbekwaam op het gebied van de behandeling. Dit hoeft volgens professionals echter niet vastgelegd te worden in de wet omdat dit vanzelfsprekend is.

Kritieken vanuit de praktijk op de dwangbehandeling zoals op dit moment geregeld in de Wet BOPZ bestaan voornamelijk uit onenigheid over het te gemakkelijk kunnen toepassen of juist het belemmerd worden in het toepassen van dwangbehandeling (Kwartel 2007). Professionals ervaren inderdaad een belemmering bij het toepassen van dwangbehandeling. Wanneer een patiënt is opgenomen kan er niet direct gedwongen behandeld worden, maar dit moet eerst door verschillende partijen beoordeeld worden. Ook kan de patiënt de procedure lang uitrekken door een klacht in te dienen waardoor de behandeling direct gestaakt moet worden. Volgens professionals is een dwangbehandeling altijd in het belang van de patiënt en zou het toepassen hiervan vergemakkelijkt moeten worden, omdat dit voor een sneller en beter herstel zorgt. Patiënten zouden juist meer keuzevrijheid willen tijdens de gedwongen opname. Dwang is volgens hen veelal te voorkomen. Wanneer verplichte zorg vergemakkelijkt wordt zou dit volgens hen betekenen dat er meer verzet komt tegen gedwongen opname.

Patiënten zijn veelal ontevreden met het huidige behandelplan. Daarnaast zouden zij vaker de psychiater willen zien. Ook professionals zijn ontevreden met het behandelplan aangezien er veel plannen naast elkaar bestaan. Intra- en extramurale plannen sluiten daarbij vaak niet voldoende op elkaar aan. Professionals zijn ook niet tevreden over de zorgkaarten/crisiskaarten/signaleringsplannen, deze blijken in de praktijk niet te werken.

*Beslissingsbevoegdheid*Met betrekking tot de beslissingsbevoegdheid is een belangrijk knelpunt dat het de vraag is of de behandelaar een voldoende gegrond oordeel kan geven voor dwangbehandeling en dit niet overgelaten dient te worden aan een rechter (Widdershoven 2006). Ook in andere Europese landen is vrijwel nooit de behandelaar alleen bevoegd, maar is er een onafhankelijke partij bij betrokken (Legemaate e.a. 2007). Dit benadrukt ook een patiëntenvertrouwenspersoon. Dwangbehandeling wordt alleen achteraf getoetst wanneer een patiënt een klachtenprocedure start. En dat terwijl dwangbehandeling toegepast kan worden op basis van zowel intern als extern gevaar. Patiënten vinden het juist een goede zaak dat de behandelaar beslist over de behandeling, omdat een psychiater volgens hen meer weet over de situatie van de patiënt. Zij menen dat de rechter niet voldoende op de hoogte is van medische zaken. Dit sluit aan bij de visie van professionals die als knelpunt ervaren dat de rechter en de behandelaar soms op elkaars stoel gaan zitten. Zij vinden dat de rechter moet beslissen over de procedure en de behandelaar over de dwangbehandeling. Op dit punt staan de meningen dus recht tegenover elkaar.

### 5.1.2 Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen de Wet BOPZ en de WVGGZ?

*Reikwijdte*Allereerst wordt de Wet BOPZ gesplitst in twee wetten: de Wet Zorg en Dwang voor mensen met een verstandelijke beperking en de psychogeriatrie en de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg voor de psychiatrie. De Wet BOPZ wordt gezien als ‘opnamewet’. In de WVGGZ zal de opname niet meer centraal staan. De zorg wordt persoonsvolgend en kan ook ambulant worden toegepast (Widdershoven 2009; Arends 2010; Dörenberg 2011; Bos 2009).

*IBS en zorgmachtiging*

Om gedwongen opgenomen te worden op basis van de WVGGZ is een crisismaatregel of zorgmachtiging noodzakelijk. De crisismaatregel is vergelijkbaar met de IBS. De zorgmachtiging komt in plaats van de zes machtigingen in de Wet BOPZ. Deze zorgmachtiging is veel omvangrijker maar de procedures, termijnen en geldigheidsduren zijn vrijwel gelijk aan die van de Wet BOPZ (Dörenberg 2011). De criteria om opgenomen te kunnen worden zijn: de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, schade die veroorzaakt wordt door de psychiatrische stoornis en geen bereidheid om vrijwillig opgenomen te worden (art. 3:3 WVGGZ). Het belangrijkste verschil met de Wet BOPZ is de veranderingen van het gevaarscriterium naar het schadecriterium. Naast de criteria zijn er vijf doelen opgesteld waarop de zorgmachtiging gericht moet zijn: een crisissituatie stabiliseren, het opstellen van een zorgplan, de geestelijke gezondheid stabiliseren, de geestelijke gezondheid herstellen, de fysieke gezondheid stabiliseren of herstellen (art. 3:4 WVGGZ). Dit is een verruiming van de Wet BOPZ (Arends 2010; Bos 2009). Nieuw in de WVGGZ is het wederkerigheidsbeginsel. Dit werd door de derde evaluatiecommissie aangedragen en zij bedoelen hiermee dat wanneer de overheid met dwang vrijheid (art. 5 lid 1 EVRM), lichamelijke integriteit (art. 11 GW) of bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10 GW) van mensen afneemt, daar een menswaardig bestaan tegenover moet staan (Arends 2010). Ten slotte is op dit punt een grote veranderingen dat de betrokkenheid van familie en naasten bij de opname wordt vergroot (Arends 2010; Bos 2009).

*(On)mogelijkheden tot dwang*

Gedwongen behandelingen gaan in de WVGGZ onder ‘verplichte zorg’ vallen en dit kan verleend worden op basis van een zorgmachtiging, crisismaatregel, een beslissing tot tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel of tijdelijk verplichte zorg in een noodsituatie (art. 3:1 WVGGZ; Dörenberg 2011). Verplichte zorg wordt opgenomen in het zorgplan, in de Wet BOPZ het behandelplan. In de WVGGZ is het de zorgverantwoordelijke die het zorgplan opstelt en beslist over de verplichte zorg na een multidisciplinair overleg (art. 5:18 WVGGZ). Het zorgplan wordt uitgebreider, hier worden meer eisen aan gesteld in de WVGGZ (Dörenberg 2011). Ook worden de voorkeuren van de patiënt opgenomen in het zorgplan, bijvoorbeeld op de zorgkaart (art. 5:15 WVGGZ).

De klachtencommissie die ten tijde van de Wet BOPZ aangesteld werd door het bestuur van het ziekenhuis zal met de komst van de WVGGZ een regionale klachtencommissie worden. Ook zal de IGZ meer toezicht houden op de verplichte zorg (Dörenberg 2011).

*Beslissingsbevoegdheid*Met de komst van de WVGGZ krijgt de geneesheerdirecteur de regierol wanneer het gaat om de beslissingsbevoegdheid. De geneesheerdirecteur doet het verzoek tot verplichte zorg bij de rechter (Dörenberg 2011).

Daarnaast wordt het meldpunt OGGz (openbare geestelijke gezondheidszorg) geïntroduceerd in de WVGGZ waar verzoeken voor zorgmachtigingen kunnen worden ingediend voor mensen die nog niet eerder in aanraking zijn geweest met de psychiatrie.

### 5.1.3 Welke verbeteringen kent de WVGGZ ten opzichte van de Wet BOPZ?

*Reikwijdte*Een eerste verbetering van de WVGGZ wanneer het gaat om de reikwijdte van de wet is dat de wet meer toegespitst is op de psychiatrie. Respondenten zien dit als een verbetering. Het hebben van een verstandelijke beperking of psychogeriatrische problematiek is wezenlijk verschillend van een psychiatrische aandoening en is niet goed te vergelijken.

Het kunnen toepassen van ambulante dwangbehandeling zou een belangrijk knelpunt van de Wet BOPZ kunnen oplossen. Op deze manier hoeft men namelijk niet eerst iemand gedwongen op te nemen om te kunnen behandelen (Arends 2010). Deze veranderingen worden vooral door zorgprofessionals als een verbetering gezien. Patiënten kunnen op deze manier langer thuis blijven wat aansluit bij de huidige ambulantisering van zorg. Ook kunnen patiënten geen afdelingen meer ontwrichten. Patiëntenvertrouwenspersonen zien het zo lang mogelijk thuis behandelen van patiënten als een goede zaak. Patiënten willen mogelijk liever thuis gedwongen behandeld worden dan opgenomen worden met alsnog een dwangbehandeling.
Verder komt in de literatuur naar voren dat er in de WVGGZ een beter onderscheid gemaakt wordt tussen de reguliere geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg. Voor de forensische patiënten zal een aparte wet gaan gelden: de Wet forensische zorg (Dörenberg 2011).

*IBS en zorgmachtiging*

In plaats van de IBS komt in de WVGGZ de crisismaatregel en in plaats van de RM komt de zorgmachtiging. Er wordt teruggegaan naar één zorgmachtiging in plaats van zes verschillende machtigingen. Ook deze veranderingen zijn met name een verbetering voor professionals. De verschillende rechterlijke machtigingen lijken onderling veel op elkaar wat verwarrend is en de voorwaardelijke machtiging is niet duidelijk genoeg. Voor professionals is het teruggaan naar één zorgmachtiging dus een verbetering. Voor patiënten is het een verbetering dat de term ‘zorgmachtiging’ neutraler is dan ‘rechterlijke machtiging’.
Het schadecriterium in de WVGGZ (wat wordt gehanteerd als criterium om iemand gedwongen zorg te verlenen) is breder dan het gevaarscriterium in de Wet BOPZ. Hierdoor kunnen kinderen nu ook onder de wet vallen (Dörenberg 2011). Het voordeel dat naar voren komt tijdens de interviews is dat ‘schade’ eenvoudiger te hanteren is dan ‘gevaar’. Het criterium is breder. Respondenten weten echter nog niet of dit ook een verbetering zal zijn.

*(On)mogelijkheden tot dwang*

Gedwongen zorg gaat in de WVGGZ ‘verplichte zorg’ heten en kan op basis van de zorgmachtiging verleend worden. Een zorgverantwoordelijke stelt het zorgplan op en de verplichte zorg wordt hierin opgenomen (art. 2:2 lid 1 WVGGZ; art. 5:18 WVGGZ). Professionals zien deze verandering als een oplossing voor een belangrijk knelpunt van de Wet BOPZ, namelijk dat het overgaan tot dwangbehandeling een ingewikkelde en langdurende procedure is. Volgens professionals is dwangbehandeling altijd in het belang van de patiënt en is het beter voor het verloop van de ziekte zo snel mogelijk te behandelen. Vanuit het patiëntenperspectief wordt als enige voordeel benoemd door een patiëntenvertrouwenspersoon dat wanneer verplichte zorg wordt gekoppeld aan de machtiging de rechter van tevoren ook over de dwangbehandeling oordeelt.
Het uitgebreidere zorgplan in de WVGGZ wordt als positieve ontwikkeling gezien. Het zorgplan is meer afgestemd op de individuele patiënt (Rijkeboer 2010) en zorgt ervoor dat de autonomie van de patiënt meer centraal komt te staan (Arends 2010). Hiermee wordt tegemoet gekomen aan het recht op zelfbeschikking en lichamelijke integriteit (art. 11 GW). Professionals zien het als verbetering dat er één zorgplan komt in plaats van verschillende behandelplannen zoals deze nu bestaan. Een zorgverantwoordelijke aanstellen met alle verantwoordelijkheden die hierbij horen is mogelijk niet haalbaar. Klachten over de verplichte zorg kunnen worden ingediend bij een regionale klachtencommissie. Een voordeel hiervan dat naar voren komt in de interviews is dat deze commissie explicieter onafhankelijk is dan de huidige klachtencommissie wat ook wordt benoemd door Widdershoven (2009).

*Beslissingsbevoegdheid*
De huidige beslissingsbevoegdheid waarbij de rechter oordeelt over de dwangopname en de behandelaar over de dwangopname wordt veranderd door de regierol van de geneesheerdirecteur in de WVGGZ. Patiënten vinden het een verbetering dat de geneesheerdirecteur een stem heeft in en de dwangopname omdat de geneesheerdirecteur meer medische kennis heeft dan de rechter.

Het meldpunt OGGz zou de prominente positie van de geneesheerdirecteur kunnen oplossen (LPGGZ 2012). Dit wordt echter niet onderschreven door de respondenten. Het enige voordeel dat patiënten noemen van de meldpunten is dat er mogelijk meer betrokkenheid zal zijn in de buurt. Professionals zijn positiever over de meldpunten, het kan onrust voorkomen in de grote steden en situaties waarbij opname lastig is vergemakkelijken.

### 5.1.4 Welke knelpunten kunnen zich voordoen na de invoering van de WVGGZ?

*Reikwijdte*De splitsing van de Wet BOPZ in twee wetten brengt ook een nadeel met zich mee. Er bestaat namelijk overlap tussen de patiëntencategorieën. De criteria tussen opname en behandeling zouden dus in beide wetten hetzelfde moeten zijn.

Het kunnen toepassen van ambulante verplichte zorg is een ingrijpende verandering in de WVGGZ ten opzichte van de Wet BOPZ. Patiënten reageren hier huiverig op. Het brengt namelijk een grote verantwoordelijkheid met zich mee voor de zorgverleners in het veld en dit kan afbreuk doen aan de rechten van patiënten (Bos 2009). Dwang in de thuissituatie wordt als zeer beangstigend ervaren door patiënten. Ook is gedwongen vervoer vanaf huis naar de instelling in de nieuwe wet toegestaan wat voor de patiënt stigmatiserend en traumatiserend kan zijn (Bos 2009). Patiënten menen dat dwang in de thuissituatie waarschijnlijk niet haalbaar is. Wanneer iemand zo ziek is dat verplichte zorg noodzakelijk is, zal deze de hulpverlener waarschijnlijk niet binnen laten. Professionals hebben ook twijfels bij de haalbaarheid en zien als nadeel dat de bijwerkingen van de gedwongen medicatie niet goed geobserveerd kunnen worden.

*IBS en zorgmachtiging*

Om iemand gedwongen op te nemen moet aan verschillende criteria voldaan worden. Het gevaarscriterium uit de Wet BOPZ is vervangen door het schadecriterium in de WVGGZ. Dit criterium is breder (Arends 2010; Bos 2009) wat voor extra gedwongen opnames kan zorgen. Zo kan het zijn dat mensen die vandalistisch zijn worden opgenomen terwijl zij niet in het psychiatrische circuit thuishoren volgens patiënten en patiëntenvertrouwenspersonen. De term ‘schade’ is mogelijk te onschuldig omdat ‘schade’ te herstellen is, maar gevaar weggenomen moet worden. Ook is ‘materiële schade’ mogelijk een te onduidelijk begrip.

Naast de criteria zijn er vijf doelen opgesteld waarop de zorgmachtiging uit de WVGGZ gericht moet zijn (art. 3:4 WVGGZ). Deze doelen zijn vrij verwarrend volgens Widdershoven (2009) en het is onduidelijk wat het verband is tussen deze doelen en de andere criteria (Dörenberg 2011).

Een knelpunt met de nieuwe zorgmachtiging die in plaats komt van de huidige rechterlijke machtiging is dat patiënten en professionals de voorwaardelijke machtiging uit de Wet BOPZ willen behouden omdat deze veel wordt afgegeven en ervoor zorgt dat patiënten waarbij het thuis toch niet goed gaat gemakkelijker weer opgenomen kunnen worden.

Een grotere betrokkenheid van de familie met de komst van de WVGGZ is een zeer discutabel punt. Het komt juist in de psychiatrie veel voor dat de patiënt niet wil dat de familie betrokken wordt, de familie zich teveel in de behandeling mengt of de familie het niet eens is met de behandeling. Hierin voorziet de WVGGZ niet (Arends 2010; Bos 2009). Om deze reden zijn respondenten niet positief over deze verandering.

*(On)mogelijkheden tot dwang*

Een belangrijk knelpunt is dat verplichte zorg met de komst van de WVGGZ gemakkelijker toegepast kan worden, doordat dit is opgenomen in het zorgplan bij opname (Arends 2010). Met verplichte zorg moet echter zorgvuldig worden omgegaan. Patiënten ervaren dwang als iets heel bedreigends en zien andere mogelijkheden om dwang te voorkomen. Patiënten zouden de regie tijdens de opname zoveel mogelijk zelf in handen willen hebben. Wanneer verplichte zorg vanzelfsprekender wordt bij opname kan dit ertoe leiden dat patiënten zich minder snel vrijwillig laten opnemen. Een opname zelf zou al veel oplossen volgens patiëntenvertrouwenspersonen.

Het zorgplan dat in plaats van het behandelplan zal komen brengt ook knelpunten met zich mee. Doordat het zorgplan uitgebreider zal zijn vraagt dit om meer inspanning door de zorgverantwoordelijke, wat meestal de psychiater zal zijn (Rijkeboer 2010). Ook is het maar de vraag of de psychiater de nieuwe wet voldoende kan toepassen en hierdoor een gegrond oordeel kan geven over de eventueel verplichte zorg (Arends 2010). Volgens professionals is niet duidelijk hoe het zorgplan er precies uit zou moeten zien en kan een zorgplan niet in zeer korte tijd aan alle criteria voldoen. De zorgkaart wordt door geen enkele professional als meerwaarde gezien. Op dit moment lijken alle pogingen tot het invoeren van zorgkaarten, crisis- en signaleringsplannen enzovoorts mislukt. Aan de zorgverantwoordelijke die het zorgplan opstelt worden weinig eisen gesteld in de WVGGZ (Dörenberg 2011). Ook is het maar de vraag of de psychiater de meest geschikte zorgverlener is om aangesteld te worden als zorgverantwoordelijke. De psychiater staat volgens patiëntenvertrouwenspersonen te ver van de zorg af en is ziektebeeld gericht. Ook hebben psychiaters mogelijk te weinig tijd terwijl dit erg dure artsen zijn. De zorgverantwoordelijke zou volgens professionals juist dichtbij de patiënt moeten staan en de psychiater ziet patiënten vaak maar zelden.

De wilsbekwaamheid van patiënten wordt in de WVGGZ meer meegenomen. Onduidelijk is wat er precies wordt bedoeld in de WVGGZ (Widdershoven 2009). Volgens patiëntenvertrouwenspersonen zou wilsonbekwaamheid niet gekoppeld moeten worden aan verplichte zorg. Ook wilsonbekwame patiënten zouden zich moeten kunnen verzetten. Volgens professionals is het vanzelfsprekend dat alleen patiënten die op het gebied van hun behandeling wilsonbekwaam zijn verplichte zorg krijgen. De term zou dus niet in de WVGGZ moeten voorkomen.

Een nadeel van een regionale klachtencommissie kan zijn dat de klachtencommissie niet bekend is met de instelling en/of de afdeling wat nu wel het geval is en tot een beter oordeel kan leiden.

*Beslissingsbevoegdheid*

De constructie met de geneesheerdirecteur als spin in het web brengt knelpunten met zich mee. Het is onduidelijk of de geneesheerdirecteur wel onafhankelijk en deskundig genoeg is, wat een afbreuk is aan de rechtspositie van de patiënt (LPGGZ 2012). Ook denkt een patiënt dat de geneesheerdirecteur sneller zal instemmen met een gedwongen opname en vindt een patiëntenvertrouwenspersoon het niet correct dat een geneesheerdirecteur over zowel het starten als opheffen van verplichte zorg beslist. Volgens de geïnterviewde geneesheerdirecteur levert deze constructie met name extra administratief werk op, terwijl de rol niet veel verschilt van de huidige rol.

Het meldpunt OGGz dat opgenomen wordt in de WVGGZ wordt met name door patiënten niet als positief beschouwd. Het zou kunnen leiden tot onrust in de wijk en tot onnodige opnames. Volgens een van de patiëntenvertrouwenspersonen zou het meldpunt ook kunnen leiden tot wantrouwen ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg.

## 5.2 Discussie

Dit kwalitatief onderzoek naar de verschillen tussen de Wet BOPZ en de WVGGZ is nauwkeurig uitgevoerd. Toch zijn er enkele kanttekeningen te plaatsen bij de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd.

Ten eerste zijn niet alle deelonderwerpen volledig belicht en zijn er onderwerpen niet belicht. Een oorzaak hiervan is dat er weinig (zeer actuele) literatuur beschikbaar was over de WVGGZ. Dit komt doordat deze wet nieuw is en er dus nog niet veel over geschreven is. Daarnaast is het niet zeker of alle informatie uit de gebruikte literatuur nog wel actueel is omdat de WVGGZ alweer veelvuldig is aangepast.

Verder is er een beperkt aantal interviews gehouden. De geïnterviewde respondenten waren gevarieerd in opleiding, beroep en aandeel voor dit onderzoek. Het betrof zeer verschillende professionals, patiëntenvertrouwenspersonen en patiënten. Dit heeft als voordeel dat er veel informatie wordt verkregen vanuit verschillende perspectieven maar zorgt er wel voor dat het onduidelijk is in hoeverre er een generalistisch beeld gevormd kan worden over de onderwerpen. Wanneer er meer respondenten waren was de verkregen informatie mogelijk anders dan nu. Ook zouden meer respondenten zorgen voor een betrouwbaarder onderzoek. Dit was echter niet mogelijk omdat respondenten niet gemakkelijk te vinden waren en er niet voldoende tijd beschikbaar was om meer respondenten te verzamelen en te interviewen. Verder hadden respondenten zich zelf aangemeld voor het onderzoek en waren de professionals vaak degenen die gespecialiseerd waren in de Wet BOPZ en niet altijd professionals die dagelijks persoonlijk te maken hadden met de Wet BOPZ. Het zou misschien beter zijn geweest wanneer ook een verpleegkundige die werkzaam was op bijvoorbeeld een gesloten afdeling had meegewerkt aan het onderzoek.

Een ander belangrijk knelpunt bij de interviews was dat respondenten veelal over weinig kennis beschikten van zowel de Wet BOPZ als de WVGGZ. Patiënten waren vaak met beide wetten niet of weinig bekend en professionals vaak alleen (gedeeltelijk) met de Wet BOPZ. Onzeker is dus of zij een goed beeld hadden van de veranderingen en hier een goed oordeel over konden geven. Hiervoor zijn korte toelichtingen gegeven die mogelijk sturend waren. Daarnaast zouden sommige antwoorden sociaal gewenst kunnen zijn. Zo dacht een respondent dat het meewerken aan het interview kon leiden tot betere contacten tussen de zorginstelling waar de respondent werkzaam was en de Erasmus Universiteit. Ook werd een aantal keren geantwoord op de vraag of een bepaalde verandering een verbetering zou zijn: ‘daar hebben de ontwerpers van de nieuwe wet vast goed over nagedacht’, of: ‘daar kunnen we wel aan wennen hoor’. Dit kan erop wijzen dat antwoorden niet altijd een volledig betrouwbaar beeld geven van de werkelijke praktijk.

Verder is over het algemeen te stellen dat regelgeving ingewikkeld is en mogelijk niet goed aansluit bij de praktijk. Professionals zijn zelden geheel bekend met de wetgeving en regels worden regelmatig omzeild of men houdt zich er niet aan. Dit zorgt voor een andere kijk op wetgeving in het algemeen en dus ook op de WVGGZ.

Tenslotte lijkt de klachtenprocedure met de bestaande klachtencommissie niet aan te sluiten bij de praktijk aangezien patiënten hier vrijwel geen gebruik van maken. In plaats van de wetgeving hierop aan te passen zou beter gekeken kunnen worden naar de laagdrempeligheid van de klachtenprocedures, om op deze manier de rechtsbescherming te verhogen.

Als vervolgonderzoek zou het interessant kunnen zijn de wetgeving in Nederland te vergelijken met de wetgeving rondom gedwongen opname en behandeling voor de psychiatrie in andere (Europese) landen.

# Literatuurlijst

1. Arends, L.A.P. 2010. ‘Verslag najaarsvergadering VGR 2009 Dwang en vrijheidsbeperkingen in de zorg’. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2(2010):94-104.
2. Bos, F. & M. Knuttel. 2009. ‘Dwang tot achter de eigen voordeur’. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 12(64):1068-1079.
3. Dörenberg, V.E.T. 2011. ‘Het Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg’. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 4(35):280-294.
4. Frederiks, B.J.M & J. Legemaate & K. Blankman & C.M.P.M. Hertogh. 2010. ‘Het Wetsvoorstel zorg en dwang: een verantwoorde verbetering voor de rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking en dementie?’ *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2(2010)76-86.
5. Gevers, J.K.M. 2004. ‘Wet Bopz: verbouw of nieuwbouw?’. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 28(2004):440.
6. IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg). 2000. *Gevaar in de Wet Bopz: Het gevaarscriterium bij opname en ontslag.* Den Haag: VWS/IGZ.
7. Keurentjes, R.B.M. 2007. *Rapport van de derde Evaluatiecommissie van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Evaluatierapport: ‘voortschrijdende inzichten’*. Den Haag: Ministerie van VWS 2007.
8. Kwartel, A.J.J. van der & C.D. Nienoord-Buré & M.H.J. Lommers & M. Sluiter. 2007. *Ervaringen met en meningen over de Wet BOPZ*. Den Haag: Ministerie van VWS 2007.
9. Landeweer, E. e.a. 2008. ‘Hoe nu verder na de Wet Bopz?’ *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 4(63):286-289.
10. Legemaate, J. & B.J.M. Frederiks & R.P. de Roode. 2007. ‘De Wet Bopz in internationaal perspectief’. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.* 31(2007):212-220.
11. LPGGz (Landelijke Platform Geestelijke Gezondheidszorg). 2012. *Reactie LPGGz op nota van wijziging wetsvoorstel Wet Verplichte GGz, Consultatieronde april 2012.* Utrecht: LPGGz.
12. Rijkeboer, A. 2010. *Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg: Veranderingen in de GGZ door de nieuwe wet.* [internet]; Psychiatrie Nederland, 2012[13-12-2012]. Bereikbaar op <http://www.psychiatrie-Nederland.nl/Wet%20verplichte%20Geestelijke%20Gezondheidszorg%20GGZ%20-%20Arne%20Rijkeboer.pdf>
13. RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg). 1997. *Beter (z)onder dwang?* Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
14. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009. 25 763, nr. 20.
15. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010. 32 399, nr. 3.
16. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011. 32 399, nr. 6.
17. Widdershoven, T.P. 2006. ‘Na de Wet Bopz: Aandachtspunten voor een regeling van psychiatrische dwang’. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 30(2006):426-436.
18. Widdershoven, T.P. 2009. ‘Opvolger Wet Bopz: goed op weg, maar we zijn er nog niet’. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 3(2009):175-183.
19. ZonMw. 2002. *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.* Den Haag: ZonMw.

# Bijlage 1: Topiclijst professionals/patiëntenvertrouwenspersonen

1. **Introductie**
Vertellen doel van het onderzoek, privacy etc.
Drop-off laten invullen: naam, leeftijd, geslacht, beroep, werkzaam bij welke instelling
2. **Inleidingsvragen**
	1. Kunt u mij iets vertellen over uw dagelijkse werkzaamheden?
	2. Op welke manier hebt u te maken met de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)?
	3. Wat vindt u er van dat de Wet BOPZ vervangen gaat worden?
	4. Wat vindt u over het algemeen van de toepasbaarheid van de Wet BOPZ in de praktijk?
3. **Reikwijdte**Op dit moment geldt de Wet BOPZ voor zowel psychiatrische patiënten als voor mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten.
De Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg zal alleen gaan gelden voor psychiatrische patiënten. Voor de andere twee categorieën komt de Wet Zorg en Dwang.
	1. Wat vindt u van deze ontwikkeling?

Op dit moment is het toepassen van dwangbehandeling alleen toegestaan binnen de muren van de instelling.

* 1. Wat vindt u hier van?
	2. Bent u zelf weleens betrokken bij de toepassing van dwangbehandeling?
	3. Ervaart u weleens juridische knelpunten bij de toepassing van dwangbehandeling?

In de WVGGZ zal de opname niet meer centraal staan. De zorg, en ook de zogenaamde ‘verplichte zorg’ (dwangbehandeling) wordt ‘persoonsvolgend’ en kan dus ook buiten de muren van de instelling plaatsvinden, bijvoorbeeld bij iemand thuis.

1. Wat vindt u hier van?
2. **IBS en machtiging**Op dit moment kan iemand gedwongen opgenomen worden door middel van een inbewaringstelling (IBS), een rechterlijke machtiging (RM) of een indicatiemachtiging wanneer er sprake is van gevaar wat niet op een andere manier dan met een opname afgewend kan worden.
	1. Wat vindt u van de IBS en machtigingen zoals deze op dit moment zijn vormgegeven in de Wet BOPZ?
	2. Met welke machtigingen hebt u in de praktijk te maken?
	3. Hoe kijkt u aan tegen het gevaarscriterium?
	4. Geeft het gevaarscriterium uit de Wet BOPZ voldoende mogelijkheden om mensen gedwongen op te nemen?

In de WVGGZ wordt teruggegaan naar één opnamemachtiging die omvangrijker is dan de machtigingen in de Wet BOPZ.
Het gevaarscriterium is vervangen door ‘aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of een ander’. Schade kan zowel materieel als immaterieel zijn.

* 1. Wat vindt u van deze veranderingen?
	2. Zijn deze veranderingen toepasbaar in de praktijk?

In de WVGGZ wordt de betrokkenheid van de familie bij de behandeling vergroot. Zij krijgen meer informatie over de behandeling en kunnen mee beslissen over de dwangbehandeling.

* 1. Wat vindt u hiervan?
	2. In hoeverre wordt de familie op dit moment betrokken bij de behandeling?
1. **Dwang**Volgens de Wet BOPZ kan dwangbehandeling plaatsvinden wanneer er sprake is van gevaar en dit niet op een andere manier afgewend kan worden dan binnen de muren van een instelling. Verder moet de dwangbehandeling opgenomen worden in het behandelplan. Middelen en maatregelen kunnen echter ook toegepast worden in noodsituaties zonder dat dit is opgenomen in het behandelplan. Dwangbehandeling is niet gekoppeld aan wilsbekwaamheid of –onbekwaamheid.
	1. Wat vindt u van de procedures rondom middelen en maatregelen en de dwangbehandeling?
	2. Vindt u dat dwangbehandeling gekoppeld zou moeten worden aan wils(on)bekwaamheid en waarom?
2. In de WVGGZ wordt gesproken van ‘verplichte zorg’. Onder verplichte zorg wordt verstaan: zorg die ondanks het verzet van de betrokkene of zijn vertegenwoordiger kan worden verleend op basis van een zorgmachtiging, crisismaatregel, een beslissing tot tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel of tijdelijk verplichte zorg in een noodsituatie.
	1. Wat vindt u van deze verandering?
	2. Is dit werkbaar in de praktijk?
	3. Welke voor- en nadelen zou het kunnen opleveren?

Nieuw in de WVGGZ is de (onafhankelijke) zorgverantwoordelijke die het zorgplan opstelt. Ook de middelen en maatregelen worden opgenomen in het zorgplan.

* 1. Hoe kijkt u hier tegenaan?

Het behandelplan uit de Wet BOPZ is in de WVGGZ vervangen door het zorgplan, met daarbij de zorgkaart (hier worden voorkeuren van de cliënt in opgenomen). Het zorgplan is meer multidisciplinair dan het behandelplan uit de Wet BOPZ en is uitgebreider.

* 1. Wat vindt u hier van?
1. **Beslissingsbevoegdheid**
Op dit moment is de rechter bevoegd te beslissen over de dwangopname en wanneer de patiënt eenmaal is opgenomen is de behandelaar bevoegd te beslissen over de dwangbehandeling.
	1. Wat vindt u van de beslissingsbevoegdheid zoals het op dit moment geregeld is?

In de WVVGZ is het zo geregeld dat de geneesheerdirecteur de regierol heeft. Hij doet het verzoek voor een zorgmachtiging bij de rechter, stelt de zorgverantwoordelijke aan en is verantwoordelijk voor het openen van een dossier.

* 1. Wat vindt u van deze rol van de geneesheerdirecteur?

Daarnaast wordt het meldpunt OGGz (openbare geestelijke gezondheidszorg) opgericht. Hier kunnen verzoeken voor zorgmachtigingen worden ingediend door mensen die zich zorgen maken over de geestelijke toestand van iemand in hun omgeving die nog niet eerder in aanraking is geweest met de geestelijke gezondheidszorg.

* 1. Hoe kijkt u tegen het meldpunt OGGz aan?
	2. Denkt u dat deze veranderingen met betrekking tot de beslissingsbevoegdheid werkbaar zijn in de praktijk?

Wanneer een patiënt een klacht wil indienen met betrekking tot het behandelplan kan dit volgens de Wet BOPZ bij het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis die hiervoor een klachtencommissie heeft aangesteld.
Klachten over het zorgplan in de WVGGZ kunnen worden ingediend bij een regionale klachtencommissie.

* 1. Wat vindt u van de huidige klachtenprocedure?
	2. Zal de klachtenprocedure in de WVGGZ een verbetering of verslechtering zijn ten opzichte van de huidige klachtenprocedure?
1. **Afsluitende vraag**:
	1. Welke van deze zaken is volgens u het meest belangrijk?
	2. Samenvatting geven: klopt dit?
	3. Hebben we nog iets over het hoofd gezien?

# Bijlage 2: Topiclijst patiënten

1. **Introductie**
Vertellen doel van het onderzoek, privacy, en niet hoeven antwoorden bij te gevoelige informatie.
Drop-off laten invullen: naam, leeftijd, geslacht, beroep/studie
2. **Inleidingsvragen**
	1. Weet u wat de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische ziekenhuizen is?
	Nee? De Wet BOPZ regelt onder andere voorwaarden waaronder iemand gedwongen opgenomen en eventueel behandeld mag worden.
	2. Hebt u zich weleens verdiept in de wetgeving rondom opname en behandeling in psychiatrische ziekenhuizen?
	3. Hoe lang is het geleden dat u in aanraking bent geweest met het psychiatrische ziekenhuis?
3. **Reikwijdte**Op dit moment geldt de Wet BOPZ voor zowel psychiatrische patiënten als voor mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten.
De Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg zal alleen gaan gelden voor psychiatrische patiënten. Voor de andere twee categorieën komt de Wet Zorg en Dwang.
	1. Wat vindt u van deze ontwikkeling?

Op dit moment is het toepassen van dwangbehandeling alleen toegestaan binnen de muren van de instelling.

* 1. Wat vindt u hier van?
	2. Bent u zelf weleens betrokken geweest bij de toepassing van dwangbehandeling?
	3. Hoe hebt u de procedure toen ervaren?

In de WVGGZ zal de opname niet meer centraal staan. De zorg, en ook de zogenaamde ‘verplichte zorg’ (dwangbehandeling) wordt ‘persoonsvolgend’ en kan dus ook buiten de muren van de instelling plaatsvinden, bijvoorbeeld bij iemand thuis.

1. Wat vindt u hier van?
2. **IBS en machtiging**Op dit moment kan iemand gedwongen opgenomen worden door middel van een inbewaringstelling (IBS), een rechterlijke machtiging (RM) of een indicatiemachtiging wanneer er sprake is van gevaar wat niet op een andere manier dan met een opname afgewend kan worden.
	1. Wat vindt u van de IBS en machtigingen zoals deze op dit moment zijn vormgegeven in de Wet BOPZ?
	2. Hoe kijkt u aan tegen de regel dat iemand opgenomen kan worden wanneer er sprake is van gevaar?

In de WVGGZ wordt teruggegaan naar één opnamemachtiging die omvangrijker is dan de machtigingen in de Wet BOPZ.
Het gevaarscriterium is vervangen door ‘aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of een ander’. Schade kan zowel materieel als immaterieel zijn.

* 1. Wat vindt u van deze veranderingen?

In de WVGGZ wordt de betrokkenheid van de familie bij de behandeling vergroot. Zij krijgen meer informatie over de behandeling en kunnen mee beslissen over de dwangbehandeling.

* 1. In hoeverre werd uw familie betrokken bij de behandeling?
	2. Wat vond u daar van?
	3. Wat vindt u van de nieuwe regeling?
1. **Dwang**Volgens de Wet BOPZ kan dwangbehandeling plaatsvinden wanneer er sprake is van gevaar en dit niet op een andere manier afgewend kan worden dan binnen de muren van een instelling. Verder moet de dwangbehandeling opgenomen worden in het behandelplan. Middelen en maatregelen kunnen echter ook toegepast worden in noodsituaties zonder dat dit is opgenomen in het behandelplan. Dwangbehandeling is niet gekoppeld aan wilsbekwaamheid of –onbekwaamheid.
	1. Wat vindt u van de procedures rondom middelen en maatregelen en de dwangbehandeling?
	2. Vindt u dat dwangbehandeling gekoppeld zou moeten worden aan wils(on)bekwaamheid en waarom?
2. In de WVGGZ wordt gesproken van ‘verplichte zorg’. Onder verplichte zorg wordt verstaan: zorg die ondanks het verzet van de betrokkene of zijn vertegenwoordiger kan worden verleend op basis van een zorgmachtiging, crisismaatregel, een beslissing tot tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel of tijdelijk verplichte zorg in een noodsituatie.
	1. Wat vindt u van deze verandering?
	2. Welke voor- en nadelen zou het kunnen opleveren voor patiënten?

Nieuw in de WVGGZ is de (onafhankelijke) zorgverantwoordelijke die het zorgplan opstelt. Ook de middelen en maatregelen worden opgenomen in het zorgplan.

* 1. Hoe kijkt u hier tegenaan?

Het behandelplan uit de Wet BOPZ is in de WVGGZ vervangen door het zorgplan, met daarbij de zorgkaart (hier worden voorkeuren van de cliënt in opgenomen). Het zorgplan is meer multidisciplinair dan het behandelplan uit de Wet BOPZ en is uitgebreider.

* 1. Wat vindt u hier van?
1. **Beslissingsbevoegdheid**
Op dit moment is de rechter bevoegd te beslissen over de dwangopname en wanneer de patiënt eenmaal is opgenomen is de behandelaar bevoegd te beslissen over de dwangbehandeling.
	1. Wat vindt u van de beslissingsbevoegdheid zoals het op dit moment geregeld is?

In de WVVGZ is het zo geregeld dat de geneesheerdirecteur de regierol heeft. Hij doet het verzoek voor een zorgmachtiging bij de rechter, stelt de zorgverantwoordelijke aan en is verantwoordelijk voor het openen van een dossier.

* 1. Wat vindt u van deze rol van de geneesheerdirecteur?

Daarnaast wordt het meldpunt OGGz (openbare geestelijke gezondheidszorg) opgericht. Hier kunnen verzoeken voor zorgmachtigingen worden ingediend door mensen die zich zorgen maken over de geestelijke toestand van iemand in hun omgeving die nog niet eerder in aanraking is geweest met de geestelijke gezondheidszorg.

* 1. Hoe kijkt u tegen het meldpunt OGGz aan?
	2. Denkt u dat deze veranderingen met betrekking tot de beslissingsbevoegdheid een verbetering of een verslechtering zijn voor de patiënt?

Wanneer een patiënt een klacht wil indienen met betrekking tot het behandelplan kan dit volgens de Wet BOPZ bij het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis die hiervoor een commissie heeft aangesteld.
Klachten over het zorgplan in de WVGGZ kunnen worden ingediend bij een onafhankelijke klachtencommissie die op regionaal niveau de klachtbehandeling uitvoert.

* 1. Hebt u te maken gehad met de klachtenprocedure?
	2. Wat vindt u van de huidige klachtenprocedure?
	3. Zal de klachtenprocedure in de WVGGZ een verbetering of verslechtering zijn ten opzichte van de huidige klachtenprocedure?
1. **Afsluitende vraag**:
2. Welke van deze zaken is volgens u het meest belangrijk?
3. Samenvatting geven: klopt dit?
4. Hebben we nog iets over het hoofd gezien?