

Vergaderjaar 2009–2010

32 399

Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg)

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

ALGEMEEN

1. Inleiding

Goede (geestelijke) gezondheidszorg is van groot belang voor het goed functioneren van individuele burgers en de samenleving als geheel. De zorgwetgeving is daarom gericht op het realiseren van de randvoorwaarden voor een goede zorgverlening door zorgaanbieders aan burgers. Uitgangspunt hierbij is keuzevrijheid voor de burgers ten aanzien van de zorgaanbieder en de zorg die zij willen ontvangen. Zorgaanbieders noch de overheid kunnen burgers verplichten om bepaalde vormen van zorg te ondergaan. Echter in bijzondere situaties, waarbij de weigering van noodzakelijke zorg er toe leidt dat de veiligheid van andere burgers in gevaar komt of een persoon niet meer in staat is tot een redelijke beoordeling van zijn situatie, rust er op de overheid een verplichting om medeburgers te beschermen en de noodzakelijke zorg, in het uiterste geval tegen de wil van die persoon, te verlenen. Dit wetsvoorstel strekt er toe om regels te geven voor deze bijzondere situaties waar het noodzakelijk is om verplichte geestelijke gezondheidszorg te verlenen. De voorgestelde regeling beoogt een balans te vinden tussen het fundamentele recht op lichamelijke integriteit van ieder individu en de plicht voor de overheid om burgers te beschermen en te voorzien van noodzakelijke medische zorg. Gelet op de vele ethische dilemma's die zich voordoen bij het verlenen van zorg tegen de wil van een persoon en de verschillende gezichtspunten die moeten worden samengebracht, hebben wij dit wetsvoorstel in nauwe samenspraak met alle belanghebbenden voorbereid.

Dit wetsvoorstel beoogt een aantal doelstellingen te realiseren. Allereerst wil het wetsvoorstel de rechtspositie versterken van personen met een psychische stoornis die tegen hun wil zorg wordt verleend. Daartoe voorziet het voorstel in een zorgvuldiger voorbereiding van de beslissingen tot verplichte zorg, waarbij betrokkene beter wordt gehoord en meer dan thans rekening wordt gehouden met zijn voorkeuren. Een multidisciplinaire commissie krijgt als taak om de rechter te voorzien van

een zorgvuldig advies, waarin het perspectief van betrokkene, de familie en naasten, de zorgaanbieder en zorgverantwoordelijke en het maatschappelijk perspectief tot uitdrukking komen.

In de tweede plaats heeft het voorstel tot doel om dwang te voorkomen en de duur van dwang te beperken. De commissie die de rechter adviseert over de noodzaak van verplichte zorg, zal moeten onderzoeken of alle mogelijkheden voor vrijwillige zorg inmiddels zijn uitgeput. Verder kan de commissie een bemiddelende rol spelen bij het vinden van een geschikte vorm van vrijwillige zorg. De nadruk op het beginsel dat verplichte zorg alleen als laatste redmiddel kan worden toegepast en de verplichte evaluatiemomenten van de verplichte zorg moeten er toe leiden dat de duur van de verplichte zorg tot een minimum worden beperkt. Daarnaast moet de verplichte zorg op basis van richtlijnen worden toegepast. Deze richtlijnen bevatten waarborgen voor de kwaliteit van de verplichte zorg, maar dienen ook gericht te zijn op het voorkomen en reduceren van verplichte zorg en het bevorderen van alternatieven op basis van vrijwilligheid. Reductie van dwang wordt ook mogelijk gemaakt doordat niet langer de opname in een accommodatie centraal staat, maar de zorgmachtiging die de rechter verleent ook kan strekken tot lichtere ambulante vormen van verplichte zorg. De mogelijkheid om ambulante zorg in een zorgmachtiging op te nemen, zal er naar verwachting toe leiden dat in een eerder stadium een lichtere interventie kan worden toegepast, die voorkomt dat de geestelijke gezondheid zodanig verslechtert dat een ingrijpende vorm van verplichte zorg noodzakelijk wordt of een crisismaatregel moet worden genomen.

Een derde doelstelling is het verhogen van de kwaliteit van verplichte zorg. Het recht van de overheid om verplichte zorg te verlenen in situaties dat de vrijheden van andere burgers in het gedrang komen en de geestelijke gezondheid van betrokkene noodzaakt tot zorg, brengt ook de verplichting mee om kwalitatief goede zorg te verlenen. Betrokkene kan dan niet meer in vrijheid een zorgaanbieder en de vorm van zorg kiezen, maar heeft er wel recht op zijn voorkeuren kenbaar te maken en zorg te ontvangen die voldoet aan de professionele standaarden. De kwaliteit van de zorg wordt enerzijds bevorderd door de procedurele eisen die het wetsvoorstel stelt en anderzijds gewaarborgd door de verplichting om de verplichte zorg op basis van een richtlijn te verlenen. De richtlijnen geven betrokken de zekerheid dat waar en door wie de zorg ook wordt verleend, de zorg voldoet aan de veldnormen. Zonodig kunnen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aanvullende kwaliteitseisen worden gesteld.

In de vierde plaats is een integrale benadering van zorg op maat een belangrijk doel. Daartoe introduceert het voorstel het beginsel van wederkerigheid en een zorgmachtiging op maat. Het beginsel van wederkerigheid houdt in dat het recht om iemand tijdelijk tot zorg te verplichten en zonodig op te nemen in een accommodatie, ook de verplichting met zich meebrengt om voor deze persoon de randvoorwaarden te creëren om weer succesvol aan het maatschappelijke leven deel te kunnen nemen. Dit betekent dat hetgeen doorgaans als «nazorg» wordt bestempeld, integraal onderdeel moet uitmaken van de zorg op maat die in de zorgmachtiging wordt opgenomen. De voorgestelde zorgmachtiging strekt niet langer alleen tot opname in accommodatie, maar bepaalt welke vormen van verplichte zorg ten aanzien van de betrokkene gelegitimeerd zijn.

Daarnaast leidt het wetsvoorstel tot een betere rolverdeling tussen de actoren die betrokken zijn bij de verplichte zorg. De commissie neemt de taak als verzoeker over van de officier van justitie en zal op een betere

manier invulling kunnen geven aan deze rol. De commissie is beter toegerust voor een zorgvuldige voorbereiding van een advies aan de rechter over verplichte zorg. De psychiater die verantwoordelijk is voor de zorg zal in de nieuwe structuur verlost worden van zijn dubbelrol tijdens de zitting van de rechtbank. Door de afwezigheid van de officier wordt de behandelend arts vaak de rol van verzoeker opgedrongen, hetgeen de relatie met zijn patiënt niet ten goede komt. De commissie treedt voortaan op als formele verzoeker en zal als zodanig ook tijdens de zitting van de rechter aanwezig zijn. De psychiater kan zich hierdoor concentreren op zijn voornaamste taak, namelijk het behandelen van de aan hem toevertrouwde patiënten. De voorgestelde opzet zal er ook toe leiden dat de positie van familie en naasten wordt versterkt, nu zij ook door de commissie worden gehoord.

Ten slotte beoogt het voorstel het toezicht op een juiste toepassing van verplichte zorg te intensiveren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is belast met het toezicht en de handhaving en daartoe voorzien van de benodigde instrumenten. De verplichting om richtlijnen te ontwikkelen betekent ook dat de inspectie deze normen als handhavingsnormen kan gebruiken bij het toezicht dat zij uitoefent. Voor adequaat toezicht is het van belang dat de IGZ inzicht heeft in de gegevens over de uitvoering van de verplichte zorg door de zorgaanbieders en het wetsvoorstel voorziet daarom in een registratieplicht. Daarnaast is het van belang dat tekortkoming in de uitvoering van verplichte zorg aan de IGZ worden gemeld. Het wetsvoorstel bevat daartoe een meldingsplicht voor zorgverleners en deelt een signaleringsfunctie toe aan de patiëntenvertrouwenspersoon. Naast de bevoegdheden die de Kwaliteitswet reeds aan de IGZ toekent om op te treden bij geconstateerde tekortkomingen, voorziet het wetsvoorstel ook in de mogelijkheid om een bestuurlijke boete of een last onder dwangsom op te leggen aan de zorgaanbieder of zorgverantwoordelijke die de regels ten aanzien van verplichte zorg niet in acht neemt.

2. Kern van het wetsvoorstel

De conclusies en aanbevelingen van de evaluatiecommissie en de schets van de contouren van een nieuwe regeling in het rapport «Voortschrijdende inzichten...» zijn als uitgangspunt gehanteerd bij het ontwerpen van het wetsvoorstel. Dit rapport heeft de tweede ondergetekende bij brief van 25 mei 2007 (Kamerstukken II, 2006/07, 25 763, nr. 7) aan de Tweede Kamer aangeboden.

Het fundament van het wetsvoorstel wordt gevormd door het ultimium remedium beginsel. Verplichte zorg kan alleen als laatste redmiddel worden ingezet, als er geen adequate alternatieven meer voorhanden zijn. Eerst zullen alle alternatieven die op vrijwilligheid gebaseerd zijn volledig moeten worden benut, voordat dwang kan worden overwogen. Dwang kan alleen in uiterste noodzaak worden ingezet en mag niet uit onmacht worden toegepast.

De systematiek van de regeling is zo opgezet dat het zelfbeschikkingsrecht van de persoon met een psychische stoornis het uitgangspunt is en alleen bij zeer dringende redenen en alleen op basis van een zorgvuldig voorbereide beslissing tot verplichte zorg kan worden besloten. Deze regeling voor verplichte geestelijke gezondheidszorg is daarmee het beste te karakteriseren als «nee, tenzij». Het beginsel van verplichte zorg als ultimium remedium vormt de kern van hoofdstuk twee dat de algemene uitgangspunten bevat die bij de uitvoering van deze wet gelden. In alle stadia en bij iedere beslissing op grond van deze wet zal «nee, tenzij» het uitgangspunt moeten zijn. Naast het ultimium remedium beginsel formuleert hoofdstuk twee de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid, veiligheid en wederkerigheid als de leidende

uitgangspunten voor alle personen die betrokken zijn bij de uitvoering van deze wet.

Het wetsvoorstel voorziet in verplichte zorg op maat voor personen met een psychische stoornis, die zo ernstig is, dat het noodzakelijk is om de (dreigende) schade voor betrokkene zelf of zijn omgeving af te wenden. De verplichte zorg op maat wordt in het wetsvoorstel bewerkstelligd door middel van multidisciplinaire voorbereiding van de verplichte zorg door de commissie, het horen van belanghebbenden, onderzoek naar alternatieven voor dwang, het honoreren van de voorkeuren van betrokkene, periodieke toetsing van de verplichte zorg en aandacht voor de voorwaarden voor succesvolle deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven.

De structuur van het wetsvoorstel sluit aan bij de zogeheten «stepped care» benadering binnen de GGZ. Verplichte zorg moet worden voorkomen door vroegtijdige en kwalitatief goede zorg op basis van vrijwilligheid. Bij de voorbereiding van verplichte zorg zal de commissie ook de mogelijkheden voor alternatieven op basis van vrijwilligheid moeten onderzoeken. In die situaties dat zorg tegen de wil van de persoon met een psychische stoornis niettemin noodzakelijk is, zal voor de minst ingrijpende vorm van verplichte zorg moeten gekozen. De verplichte zorg kan bestaan uit verschillende interventies op het terrein van de zorg, variërend van verzorging, begeleiding, behandeling, inclusief opname, begeleiding of bescherming. De verplichte zorg kan zowel ambuland als semi muraal of intramuraal worden verleend. Zorg op maat veronderstelt dat betrokkene voldoende ruimte krijgt om zijn zienswijze, voorkeuren en wensen kenbaar te maken. Algemeen wordt door patiëntenorganisaties benadrukt dat het geven van aandacht aan en daadwerkelijk luisteren naar betrokkene een essentiële bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg en daarmee aan het terugdringen van dwang. Bij de vele bijeenkomsten in het kader van de voorbereiding van het wetsvoorstel is door alle aanwezigen het grote belang van kwalitatief goede zorg benadrukt. Een respectvolle begeleiding van een persoon met een psychische stoornis als onderdeel van kwalitatief goede zorg is van grote invloed op de noodzaak van onvrijwillige interventies. Wanneer hulpverleners in een vroegtijdig stadium kwalitatief goede zorg leveren, hetgeen ook inhoudt dat gedurende het gehele zorgtraject goed wordt geluisterd naar het (lijdens)verhaal achter het gedrag van betrokkene, kan in veel gevallen worden voorkomen dat een persoon met een psychische stoornis moet worden geconfronteerd met een gedwongen interventie. Pas als voldoende aandacht wordt besteed aan de persoonlijke beleving en ervaring van een psychische stoornis, kan adequaat worden ingespeeld op de zorgbehoefte van een persoon. Het wetsvoorstel strekt ertoe om de voorwaarden te scheppen voor het verlenen van goede zorg op maat. Zo kan de patiënt zijn voorkeuren ten aanzien van de behandeling op een zorgkaart vastleggen of een zelfbindingsverklaring opstellen. De positie van de patiënt wordt verder versterkt doordat hij bij de hoorzitting van de commissie over de voorgenomen verplichte zorg, de mogelijkheid krijgt om zijn zienswijze naar voren te brengen. Daarnaast verplicht het wetsvoorstel tot periodieke toetsing van onder andere de proportionaliteit en doelmatigheid van de verplichte zorg en evaluatie na de beëindiging van de verplichte zorg. De kwaliteit van de verplichte zorg wordt voorts bevorderd door de eis dat de verplichte zorg in beginsel alleen kan worden verleend op basis van een richtlijn, die gericht dient te zijn op het voorkomen van dwang en het verkorten van de duur van de verplichte zorg.

De verplichte zorg kan alleen worden verleend, nadat de rechter een zorgmachtiging heeft afgegeven die legitimeert tot vooraf bepaalde vormen van verplichte zorg, die noodzakelijke zijn om het aanzienlijke risico op ernstige schade voor betrokkene of anderen als gevolg van zijn psychische stoornis af te wenden.

De commissie zal de rechter adviseren over de noodzaak voor verplichte zorg. Ook zal de commissie als adviseur optreden waar het gaat om beëindiging van verplichte zorg. Ter vervanging van de inbewaringstellingprocedure wordt een crisismaatregel geïntroduceerd voor die gevallen waarin de procedure voor een zorgmachtiging niet kan worden afgewacht.

3. Achtergrond en voorbereiding van het wetsvoorstel

Met dit wetsvoorstel geven wij uitvoering en nadere invulling aan het kabinetsstandpunt over de derde evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz), zoals neergelegd in de brief van de tweede ondergetekende van 30 mei 2008 (Kamerstukken II 2007/08, 25 763, nr. 9). Dit kabinetsstandpunt houdt, kort gezegd, in dat het wenselijk is dat de Wet bopz nog deze kabinetsperiode wordt vervangen door een nieuwe wettelijke regeling. Aanleiding hiervoor vormde het eindrapport over de derde evaluatie van de Wet bopz «Voortschrijdende inzichten...» dat op 25 mei 2007 aan de Tweede Kamer is aangeboden (Kamerstukken II 2006/07, 25 763, nr. 7).

De evaluatiecommissie constateert in haar eindrapport dat de nadruk op het verschil in belangen tussen de patiënt, de behandelaar en de maatschappij de Wet bopz het karakter van een verdelende regeling heeft gegeven. Ook concludeert de evaluatiecommissie dat het centrale uitgangspunt van de gedwongen opname in de Wet bopz niet strookt met de hedendaagse opvattingen over het afwenden van gevaar en het bieden van zorg en behandeling. De huidige aanpak binnen de ggz is erop gericht om de patiënt een zoveel mogelijk in de samenleving geïntegreerd leven te laten leiden. De conclusie van de evaluatiecommissie is dat de Wet bopz als locatiegebonden systeem waarin de opname centraal staat niet toekomstbestendig is en dient te worden vervangen door een nieuwe verbindende regeling waarin het uitgangspunt centraal moet staan dat passende (onvrijwillige) zorg aan de patiënt wordt geboden, waar deze zich ook bevindt.

Bij de behandeling van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling) (Kamerstukken II, 2005/06, 30 492) in de Eerste Kamer hebben wij benadrukt dat het van groot belang is dat de organisaties en deskundigen die op enigerlei wijze deelnemen aan de uitvoering van een regeling, nauw bij de vormgeving ervan betrokken zijn (Handelingen I 2007/08, nr. 20, blz. 840–850). Wij hebben de verwachting uitgesproken dat dit in belangrijke mate zal bijdragen aan de uitvoerbaarheid van en het draagvlak voor de regeling. Wanneer op basis van dialoog een systematische inbreng van de verschillende visies wordt gegarandeerd, worden de verschillende perspectieven niet tegenover elkaar geplaatst, maar juist met elkaar verbonden (zie ook de brief van de Staatssecretaris van Justitie van 23 juni 2008, Kamerstukken II 2007/08, 25 763, nr. 10). Tegen deze achtergrond hebben wij in september 2007 een aantal bijeenkomsten georganiseerd over het eindrapport van de evaluatiecommissie. Tijdens deze bijeenkomsten is in een open en constructieve sfeer nader gesproken over de bevindingen van de evaluatiecommissie. De inbreng van de geraadpleegde personen is van grote waarde geweest bij het bepalen van het kabinetsstandpunt.

Vervolgens hebben wij ter voorbereiding op dit wetsvoorstel van maart tot en met juni 2008 maandelijks bijeenkomsten belegd met een groot aantal organisaties en deskundigen dat nauw betrokken is bij de uitvoering van de huidige Wet bopz. Wij hebben gekozen voor een informele consultatie waarbij onder leiding van een externe voorzitter ronde tafelgesprekken zijn gevoerd met vertegenwoordigers van de meest betrokken veldpartijen en uitvoeringsorganisaties. Voorts hebben wij een klankbordgroep geformeerd met deskundigen van de diverse geledingen van de «werkvloer» die parallel aan de ronde tafelgesprekken bijeen is gekomen. Tijdens deze bijeenkomsten zijn, eveneens in een open en constructieve sfeer, de contouren van dit wetsvoorstel verder besproken en getoetst aan de huidige praktijk. Op 25 juni 2008 heeft met dezelfde veldpartijen een themamiddag plaatsgevonden om de samenhang met het wetsvoorstel forensische zorg nader uit te diepen («Zorg en dwang in samenhang I»). In september en oktober 2008 heeft een drietal bijeenkomsten plaatsgevonden met dezelfde veldpartijen over een eerste versie van het concept wetsvoorstel. Dit concept wetsvoorstel was opgesteld op basis van de uitkomsten van de voorgaande besprekingen over de uitgangspunten van de nieuwe wettelijke regeling. De inbreng van de veldpartijen is van grote waarde geweest bij het bepalen van de uitgangspunten en het formuleren van het voorliggende wetsvoorstel.

Op 2 oktober 2008 heeft een algemeen overleg met de vaste kamercommissies van de Tweede Kamer voor VWS en Justitie plaatsgevonden over het kabinetsstandpunt (Handelingen II 2008/09, 25 763). Dit is uitgemond in een Verslag van een algemeen overleg op 9 oktober 2008. Bij deze gelegenheid is een aantal moties ingediend dat op 11 oktober 2008 is aangenomen (Handelingen II 2008/09, 25 763). Deze moties hebben betrekking op de uitvoering van de zorg en de experimenten met de commissie. Onze reactie op deze moties zal hierna in deze memorie aan de orde komen.

4. Verwerking adviezen

Op 19 november 2008 heeft de eerste ondergetekende, mede namens de tweede ondergetekende, een ontwerp van het wetsvoorstel in consultatie gestuurd naar een groot aantal veldpartijen (de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), de Stichting patiëntenvertrouwenspersoon (Stichting pvp), het College van Procureurs-Generaal (College van p-g's), de Raad voor de rechtspraak (RvdR), de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), het Nederlands Genootschap van Burgemeesters (NGB), de Stichting Labyrint in Perspectief (Stichting Labyrint), de Stichting Ypsilon, de Stichting Pandora, de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ), Politie Nederland, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Orde van Advocaten (NOVA), ActiZ, LOC-LPR, de Landelijke Patiënten- en Bewonersraden, het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), GGZ Nederland, het Landelijk Platform GGZ, de Vereniging Gehandicaptten Nederland (VGN), de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, de VenVN-spv, het College bescherming persoonsgegevens (Cbp), de Raad van Hoofdcommissarissen, de Stichting Mainline, en de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie (NFZP).

De binnengekomen reacties¹ wijzen op een waardering van de wijze waarop het wetsvoorstel in samenspraak met de verschillende veldpartijen is voorbereid. De reacties op de opzet en structuur van het wetsvoorstel zijn eveneens positief. De meeste organisaties zien de meerwaarde van het loslaten van het locatiegebonden karakter van de

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Wet bopz, de aansluiting bij de «stepped care-benadering» van de ggz en de vereenvoudiging en flexibilisering van het machtigingensysteem. Met uitzondering van de Stichting Pandora, de NFZP en de NOVA die, overigens om uiteenlopende redenen, op deze punten reserves hebben, vinden de geconsulteerde organisaties het vervangen van de Wet bopz een aanmerkelijke verbetering.

Over de introductie van de commissie zijn de meningen verdeeld. Algemeen wordt multidisciplinaire voorbereiding door middel van het horen van de meest betrokken partijen toegejuicht, de standpunten variëren over de wijze waarop dit haar beslag moet krijgen. Andere thema's waarover meer organisaties opmerkingen van uiteenlopende aard hebben gemaakt, en soms ook tegengestelde standpunten hebben betrokken, zijn de verhouding van het wetsvoorstel met de Wgbo, de kwaliteit van de zorg, de criteria voor verplichte zorg, de bandbreedte en de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging en de regeling van het toezicht.

De reacties zijn verwerkt in het wetsvoorstel en de memorie van toelichting. Waar specifieke reacties daartoe aanleiding geven, zijn de reacties in de memorie van toelichting met name genoemd, en is een afzonderlijke motivering gegeven.

Parallel aan deze consultatieronde heeft de Minister van Justitie op 19 november 2008 ook een ontwerp van het wetsvoorstel tot 1 februari 2009 voor internetconsultatie opengesteld (via www.minjus.nl). Hierop zijn in totaal 9 reacties ontvangen. Ook deze reacties zijn verwerkt.

5. Pilots

Parallel aan de totstandkoming van dit wetsvoorstel is de Minister van VWS begin 2009 gestart met een aantal experimenten met de voorgestelde commissie binnen de kaders van de huidige Wet bopz. De Minister van VWS heeft daartoe een aantal externe bureaus ingeschakeld (Research voor Beleid en Ernst & Young). Deze experimenten worden gedurende het wetgevingstraject uitgevoerd om de optimale taakomvang, vorm en werkwijze van de commissie vast te kunnen stellen. De centrale begeleiding van de experimenten is in handen van een stuurgroep onder leiding van de heer drs. E. Gerritsen als onafhankelijk voorzitter.

Deze werkwijze die het karakter heeft van een ex ante evaluatie, biedt de mogelijkheid om onmiddellijk in te spelen op de ontwikkelingen in de praktijk. Als de resultaten van de experimenten daar aanleiding toe geven, zal de voorgestelde (uitvoerings)regelgeving direct kunnen worden aangepast.

In een aantal regio's (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Groningen) is met ingang van 1 maart 2009 gestart met het uittesten van de adviesfunctie van de commissie op werkzaamheid in de verschillende fasen van de zorgverlening (zie het Instellingsbesluit van de Stuurgroep pilot commissies verplichte geestelijke gezondheidszorg alsmede instelling van vier commissies verplichte ggz (besluit van 17 maart 2009, Stcrt. 68)). Omdat de huidige Wet bopz de grenzen bepaalt waarbinnen kan worden getest, wordt aansluiting gezocht bij de actoren die nu zijn belast met de uitvoering van de Wet bopz (onder meer psychiaters, geneesheren-directeur, OM, rechtbanken), als ook bij de organisatie van de rechterlijke macht. De arrondissementale indeling is voor de selectie van de regio's leidend geweest.

Binnen de structuur van de Wet bopz moet worden gedacht aan advisering door een multidisciplinair samengestelde instantie aan de rechter bij «de voordeur», het moment waarop het verzoek voor een voorlopige of voorwaardelijke machtiging bij hem wordt ingediend, en aan de «achterdeur» bij een ontslagaanvraag van de gedwongen opgenomen patiënt bij de geneesheer-directeur. Omdat dit wetsvoorstel, anders dan de Wet bopz, niet gecentreerd is rond de gedwongen opname – de opname is maar één schakel in de zorgketen –, is het ook van belang om zicht te krijgen op de adviesfunctie van de commissie in het kader van een beslissing tot (voortzetting van) dwangbehandeling. Bij een advies over de afgifte van de voorwaardelijke machtiging zijn weliswaar behandelaspecten betrokken, maar ook daarbij staat de opname (als spreekwoordelijke stok achter de deur) centraal. Op basis van de bestaande constellatie kan dan worden gedacht aan een advies van de commissie aan de geneesheer-directeur, in geval hij op de grondslag van artikel 38c, vijfde lid, Wet bopz een beslissing tot voortzetting van de dwangbehandeling moet nemen.

Qua reikwijdte van de activiteiten van de commissie gedurende de experimenten wordt aangesloten bij de omschrijving van de wettelijke taak in dit wetsvoorstel. Dit betekent dat de materiële en personele reikwijdte van de experimenten beperkt is. De procedure rond de crisismaatregel, personen met een psychogeriatrische aandoening en een verstandelijke beperking en personen met een justitiële titel vallen buiten het bereik van de experimenten. Ook andere dan adviserende werkzaamheden van de commissie worden niet beproefd. Omdat bovendien niet goed werkbaar is om gedurende de experimenten ook personen die zich verzetten tegen deelname aan de pilot, te laten deelnemen, horen de pilotcommissies alleen patiënten of wettelijke vertegenwoordigers die door middel van «informed consent» hun volledige instemming hebben verleend voor het verstrekken en verwerken van persoonsgegevens die noodzakelijk zijn in het experimenteerproces. Ten slotte zullen de randvoorwaarden in acht worden genomen die over dit onderwerp zijn geformuleerd bij de motie van 10 oktober 2008 van de leden Joldersma c.s. (Kamerstukken II 2008/09, 25 763, nr. 13).

Mede om tegemoet te komen aan de kritiek van geconsulteerde organisaties (NOVA, LOC) op de start en de looptijd van de pilots, is de duur van de pilots verlengd tot het najaar van 2009. De resultaten van de pilots en het advies van de Stuurgroep zijn op 3 februari 2010 aan de Ministers van VWS en Justitie aangeboden en op 11 februari 2010 aan de Tweede Kamer gezonden (Kamerstukken II 2009/10, 25 763, nr 25).

De resultaten van de pilots zijn te volgen op internet (www.commissiesverplichteggz.nl).

Vermeldenswaard is hierbij een particulier initiatief voor een alternatief traject dat ontwikkeld is door de Actiegroep tekeer tegen de isoleer (Eindhovens model voor «supported decision making»). Hoewel dit buiten het kader van de pilots valt, biedt een dergelijk initiatief stof tot nadenken over het beperken van dwang, en daarmee het verhogen van de kwaliteit van zorg.

Tot slot willen wij wijzen op de functie die de pilots hebben bij de voorbereiding van de implementatie van het wetsvoorstel. De implementatie van de wet dient zorgvuldig te worden voorbereid, omdat met de introductie van de commissies psychiatrische zorg een nieuwe werkwijze wordt geïntroduceerd. Dit stelt hoge eisen aan voorlichting en informatie aan patiënten, direct betrokkenen en professionals. Hiertoe is een website www.dwangindezorg.nl opgezet die vanaf 2010 uitleg zal verschaffen over

wetten en procedures rondom dwang in de zorg. De nieuwe wetgeving zal op deze overheidswebsite worden uitgelegd.

Als aanvulling op de pilot met commissies verplichte zorg in vier regio's zal mogelijk voorafgaand aan de invoering van de wet verder worden geëxperimenteerd met het werken met commissies. Het advies van de stuurgroep die de pilot heeft begeleid, bevat op dit punt suggesties voor een zorgvuldige voorbereiding en invoering van de commissies verplichte geestelijke gezondheidszorg.

Voorts wordt ten behoeve van de implementatie van de wet een implementatietraject opgezet, waarin ook de overige wijzigingen die het wetsvoorstel brengt voor de praktijk worden meegenomen.

6. Administratieve lasten

Het wetsvoorstel beoogt de administratieve lasten niet substantieel te verhogen in vergelijking met de huidige praktijk. Wel leidt de nieuwe rolverdeling tussen de actoren en de introductie van nieuwe actoren er toe, dat er een verschuiving van administratieve lasten plaatsvindt. Zo wordt de huidige taak van de officier van justitie als verzoeker voor een rechterlijke machtiging overgenomen door de commissie. De nieuwe procedure voor het voorbereiden van verplichte zorg leidt enerzijds toe dat nieuwe taken worden geïntroduceerd, maar tegelijkertijd reduceert het wetsvoorstel ook administratieve lasten. Ten opzichte van de huidige Wet bopz nemen de administratieve slechts marginaal toe (0,1 miljoen Euro). De reductie van verschillende administratieve verplichtingen en het beperken van de doelgroep tot psychiatrische patiënten leidt enerzijds tot een besparing van 1,4 miljoen Euro. De introductie van de hoorzitting door de commissie, de zorgkaart, de evaluatie na beëindiging van de verplichte zorg en het opstellen van richtlijnen voor verplichte zorg leidt daarentegen tot een toename van de administratieve lasten met 1,5 miljoen Euro. Per saldo blijven de administratieve lasten hierdoor gelijk aan de huidige praktijk, terwijl de kwaliteit van de uitvoering zal toenemen. Het wetsvoorstel brengt ook geen significante verandering in de verhouding tussen administratieve lasten voor bedrijven en burgers. De administratieve lasten voor bedrijven dalen licht (60.000 Euro), de lasten voor burgers vertonen een lichte stijging (150.000 Euro). Ter toelichting daarop kan het volgende dienen.

Allereerst zij opgemerkt dat een aantal verplichtingen uit de Wet bopz dat administratieve lasten meebrengt, materieel wordt overgenomen in het wetsvoorstel en daarmee in termen van administratieve lasten neutraal zal uitpakken. Het gaat om verplichtingen van zorgverleners die verband houden met de noodzakelijke kwaliteitseisen op het punt van de zorg en soms ook dwingend zijn voorgeschreven in bindende internationaalrechtelijke documenten zoals het EVRM. De voorgeschreven medische verklaring in artikel 5:6 bijvoorbeeld vervangt de geneeskundige verklaring van artikel 5 Wet bopz. Doordat de verschillende modellen voor een geneeskundige verklaring worden vervangen door één model voor een medische verklaring, worden de administratieve lasten gereduceerd. Het zorgplan, bedoeld in artikel 5:8, is te zien als een equivalent van het behandelingsplan, zoals neergelegd in de artikelen 14a en 38a van de Wet bopz. Ook verplichtingen op het punt van de dossiervorming (artikel 8:16) verschillen niet wezenlijk van bestaande verplichtingen in de Wet bopz op dat punt (artikel 59 Wet bopz).

Voorts verdient opmerking dat een aantal bestaande administratieve lasten dat verband houdt met toepassing van de Awb, expliciet is overgenomen in het wetsvoorstel. Dit is terug te voeren op de beslissing om, anders dan nu onder het regime van de Wet bopz geldt, de toepassing van de Awb uit te sluiten, en de normen die voortvloeien uit de

Awb zelfstandig in dit wetsvoorstel op te nemen. Zo is bij klachtwaardige beslissingen als bedoeld in artikel 41 Wet bopz niet voorgeschreven dat deze beslissingen schriftelijk en gemotiveerd moeten worden genomen – zulks vloeit voort uit de Awb –, maar is dit wel met zoveel woorden in het wetsvoorstel neergelegd (artikelen 8:7 en 8:11). Het wetsvoorstel creëert in die zin geen nieuwe administratieve lasten.

Qua reductie van de administratieve lasten moet in de eerste plaats worden gedacht aan de reikwijdte van het wetsvoorstel. Het wetsvoorstel is gericht op personen met een psychische stoornis. Waar personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking onder het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg vallen, vallen zij buiten dit wetsvoorstel. Dit is een beperking ten opzichte van de Wet bopz die van toepassing is op de sectoren ggz, psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. De administratieve lasten die de Wet bopz meebrengt voor de twee laatstgenoemde sectoren (0,4 miljoen Euro), komen niet terug in het wetsvoorstel verplichte ggz.

In de tweede plaats zijn met het wetsvoorstel tientallen informatieverplichtingen komen te vervallen. De huidige Wet bopz kent vele meldingsverplichtingen van de zorgverleners aan de IGZ die in de huidige en beoogde werkwijze van de IGZ geen of nauwelijks meerwaarde hebben. Informatieverplichtingen die nu als overbodig worden gezien, zijn geschrapt en leveren een besparing op van 1 miljoen Euro.

Ten slotte worden de administratieve lasten teruggebracht door de vereenvoudiging van het systeem van de rechterlijke machtiging. De huidige Wet bopz kent zeven verschillende typen van rechterlijke machtigingen die elk gekenmerkt worden door ingewikkelde procedures. Voor elke machtiging was een afzonderlijke geneeskundige verklaring vereist (zie de Regeling vaststelling modellen Bopz), hetgeen in de praktijk tot overbodige procedures en extra administratieve lasten leidde. Het wetsvoorstel vervangt dit systeem door één enkele zorgmachtiging waarbij gewerkt zal worden met eenvormige modellen (artikelen 5:6 en 5:8). Het risico op vormfouten en dubbele procedures wordt daarmee sterk verkleind.

Tegenover de reductie van de administratieve lasten staat een toename van de administratieve lasten door in het bijzonder de introductie van de commissie. De hoorplicht van de commissie en daarmee samenhangende verplichtingen voor zorgaanbieders, patiënt en kring rond de patiënt, die verankerd zijn in hoofdstuk 5, behelzen een nieuwe administratieve last die vooralsnog is geraamd op 0,5 miljoen euro. De hoorzitting van de commissie zorgt weliswaar voor een nieuwe administratieve last voor betrokkene, de zorgverantwoordelijke en de familie, maar komt tegemoet aan de uitdrukkelijke wens van zowel de patiënten- en familieorganisaties om beter gehoord te worden bij de voorbereiding van verplichte zorg. De resultaten van de pilots bevestigen dat de hoorzitting door betrokkenen niet als een last, maar als een positieve verbetering wordt beleefd. De meerwaarde van de commissie, zoals hieronder beschreven, weegt onze inziens vooralsnog ruimschoots op tegen het nadeel van toenemende administratieve lasten.

De introductie van de zorgkaart (0,3 miljoen Euro), de evaluatie na beëindiging van de verplichte zorg (0,5 miljoen Euro) en richtlijnen voor de toepassing van verplichte zorg (0,2 miljoen Euro) zorgen eveneens voor een toename van de structurele administratieve lasten. Het opstellen van richtlijnen voor de toepassing van verplichte zorg vergt een eenmalige administratieve last van ongeveer 0,5 miljoen Euro. Voor alle genoemde toenames van administratieve lasten geldt, dat deze verant-

woord zijn gelet op het positieve effect van deze nieuwe verplichtingen op de kwaliteit van de verplichte zorg.

7. Indeling en structuur van het wetsvoorstel

Om recht te doen aan het doel van het wetsvoorstel – het versterken van de positie van een persoon met een psychische stoornis – is gekozen voor een indeling en structuur van het wetsvoorstel waarbij een stapsgewijze («stepped care»)-benadering in de zorg tot uitdrukking wordt gebracht. Dwang staat hierbij niet voorop, maar is de laatste, liefst vermijdbare, interventie die pas kan volgen als andere vrijwillige interventies ontoereikend zijn. Omdat bovendien kwalitatief goede (vrijwillige) zorg bijdraagt aan het beperken van de noodzaak van dwang, zijn ook dergelijke uitgangspunten verankerd in het wetsvoorstel (zie bijvoorbeeld artikel 2:1). Ook de indeling in hoofdstukken is daarop gebaseerd. Dit maakt dat bijvoorbeeld de regeling over de zelfbinding een prominente plaats in het begin van het wetsvoorstel inneemt (hoofdstuk 4) en de rechterlijke toetsing (hoofdstuk 6) wordt voorafgegaan door een regeling van de werkzaamheden van de commissie (hoofdstuk 5). Verder heeft het wetsvoorstel een procedurele opzet. Vanwege de aard van de regeling zou een materiële normstelling al snel noodzaken tot het inhoudelijk kwalificeren van de zorg op wetgevingsniveau. Aangezien dit niet de bedoeling is en bovendien afbreuk zou doen aan de beoogde toekomstbestendigheid van de regeling, is gekozen voor een meer procedurele aanpak. Met deze werkwijze wordt ook uitvoering gegeven aan de aanbeveling van de Raad van Europa (Recommendation 10 (2004) concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder). In deze aanbeveling staat de stapsgewijze («stepped-care») en persoonsgerichte benadering centraal.

8. Reikwijdte van het wetsvoorstel

Psychische stoornis

Onder het bereik van het wetsvoorstel vallen personen met een psychische stoornis die aan het criterium voor verplichte zorg voldoen. Met de term «psychische stoornis» is aansluiting gezocht bij de classificatie van zogeheten Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), het handboek dat onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association tot stand is gekomen. Dit handboek biedt een praktische leidraad voor hulpverleners die te maken hebben met psychische problematiek en wordt algemeen gezien als een standaardwerk. Uit de DSM-IV vloeit voort dat ook een verstandelijke beperking, een persoonlijkheidsstoornis, verslaving, dementie of een psychische stoornis bij kinderen en jeugdigen als «psychische stoornis» kunnen worden aangemerkt.

Voor de duidelijkheid zij opgemerkt dat de kwalificatie van een classificatie als «DSM IV» op zichzelf genomen niet zonder meer aanleiding kan geven voor toepassing van het wetsvoorstel. Als voorwaarde voor het verlenen van verplichte geestelijke gezondheidszorg geldt, dat de psychische stoornis dermate ernstige vormen aanneemt dat zij betrokkene zodanig in zijn greep heeft, dat er ernstige schade voor hem of zijn omgeving ontstaat of dreigt te ontstaan. Hoofdstuk 3 van het wetsvoorstel formuleert de criteria voor verplichte zorg aan personen met een psychische stoornis.

Aansluiting is ook gezocht bij de ontwikkeling in de tijd van het «stoornisbegrip» in de Wet bopz. «De stoornis moet de gevaarvolle daden van de betrokkene overwegend beheersen», aldus de wetgever in 1979 (Kamer-

stukken II, 1979/80, 11 270). De gedachte van de wetgever was dat betrokkene als het ware willoos werktuig in handen van de stoornis zou moeten zijn, waarbij de toerekenbaarheid voor het gevaar is vervallen, wil er sprake kunnen zijn van een geestesstoornis (zie ook de uitgebreide toelichting op het stoornisbegrip in R.H. Zuiderhoudt, *Stoornis en de Wet bopz*, praktijkreeks *Bopz*, nr. 8). Deze gedachte bracht mee dat gevaar dat voortvloeide uit middelenafhankelijkheid (verslaving) of een persoonlijkheidsstoornis niet als een geestesstoornis kon worden gekwalificeerd, tenzij de stoornis «de gevaarvolle daden overwegend zou beheersen». Aangezien tegenwoordig verslaving als een ziekte wordt opgevat en ook meer geneeskundige verklaringen voor persoonlijkheidsstoornissen worden uitgeschreven, is het oorspronkelijke onderscheid dat de wetgever aanbracht tussen «echte» psychiatrische ziektebeelden zoals psychotische aandoeningen en andere stoornissen vervaagd. Dit hangt ook samen met het ruimere arsenaal aan interventies op het terrein van de zorg die op grond van het wetsvoorstel mogelijk zijn.

Opneming en andere interventies op het terrein van de zorg

Waar in de Wet bopz de opneming centraal staat, opent dit wetsvoorstel de mogelijkheid om een zorgmachtiging af te geven die legitimeert tot andere vormen van verplichte zorg, waaronder voor de persoon in kwestie minder bezwarende vormen, zoals bijvoorbeeld ambulante behandeling. Het strenge criterium voor dwang geldt onverkort voor alle vormen van zorg en dwang en in die zin wordt de reikwijdte ten opzichte van de Wet bopz niet verruimd. De criteria waar de rechter aan toetst worden evenmin verruimd. De persoonsgerichte benadering behelst dat de voorkeuren van betrokkene zo veel mogelijk centraal staan en de minst bezwarende vormen van zorg zullen worden toegepast. Wel wordt het arsenaal van vormen van zorg uitgebreid om zorg op maat te kunnen bieden. Thans biedt bijvoorbeeld de voorwaardelijke machtiging weliswaar de mogelijkheid om een extramurale behandeling als voorwaarde te stellen om een onvrijwillige opneming te voorkomen. Door de koppeling tussen de extramurale behandeling en de onvrijwillige opneming als stok achter de deur, kan er echter alleen drang en geen dwang worden uitgeoefend op betrokkene om de noodzakelijke ambulante zorg te ontvangen. Bovendien ligt hieraan een principieel ander uitgangspunt ten grondslag: een voorwaardelijke opneming stelt de opneming als onvrijwillige interventie centraal, terwijl ook denkbaar is dat met minder bezwarende interventies kan worden volstaan. Bovendien biedt het wetsvoorstel hiermee de mogelijkheid om voor bijvoorbeeld specifieke persoonlijkheidsstoornissen waarbij opneming niet wenselijk of zelfs contrageïndiceerd is, verschillende vormen van onvrijwillige zorg naast de opneming te introduceren.

De zorgmachtiging dient alle vormen van zorg te bevatten die noodzakelijk zijn om het aanzienlijke risico op ernstige schade weg te nemen en tevens de interventies die kunnen worden toegepast in crisissituaties. In het voorliggende voorstel vindt vooraf toetsing door de rechter plaats en periodieke evaluatie van de daadwerkelijk verleende verplichte zorg door de zorgverantwoordelijke en geneesheer-directeur. Alle vormen van verplichte zorg zoals genoemd in artikel 3:2 zullen zeer restrictief moeten worden toegepast. Het voorstel voorziet in een drietrapsmodel. Allereerst zijn in de zorgmachtiging de vormen van verplichte zorg aangegeven waar tijdens de reguliere behandeling door de zorgverantwoordelijke gebruik van mag worden gemaakt. In de tweede plaats kan in de zorgmachtiging naast de reguliere zorg, ook worden opgenomen welke zorg in crisissituaties mag worden toegepast. Bij veel personen kan vooraf een dergelijk onderscheid tussen de gebruikelijke zorg en zorg in crisissituaties goed worden gemaakt. De zorgmachtiging scheidt per

situatie duidelijkheid over de vormen van verplichte zorg die door de rechter zijn toegestaan. De derde trap in het model bestaat uit een voorziening in hoofdstuk 8 voor de gevallen waarin de reguliere zorg en zorg in crisissituaties niet toereikend zijn om een onvoorziene crisis het hoofd te bieden (artikel 8:9).

In die gevallen waarbij het arsenaal aan verplichte zorg in de zorgmachtiging niet toereikend is om een onverwachte verdere verslechtering van betrokkene te keren, zal incidenteel een vorm van verplichte zorg mogen worden toegepast die niet was voorzien in de crisissituatie zoals omschreven in de zorgmachtiging. In een noodsituatie kunnen onder zeer strikte voorwaarden voor een beperkte duur aanvullende vormen van verplichte zorg worden toegepast (artikel 8:9). Hiermee wordt enerzijds voorzien in een oplossing voor hoogst incidentele noodsituaties en anderzijds voorkomen dat er bij de zorgmachtiging een neiging ontstaat om zoveel mogelijk verstrekkende vormen van verplichte zorg in die machtiging op te nemen. Het gebruik van de bevoegdheden van Hoofdstuk 8, paragraaf 3 (Tijdelijke en verplichte zorg in onvoorziene situaties) zal evenwel tot een absoluut minimum beperkt moeten blijven.

Bij de uitbreiding van het arsenaal van de vormen van verplichte zorg is een belangrijk uitgangspunt, dat vooraf in de zorgmachtiging moet worden vastgelegd welke vormen van verplichte zorg in de reguliere behandeling zijn toegestaan onder normale omstandigheden en voorzienbare crisissituaties. Deze crisissituaties worden in het zorgplan genoemd en hiervoor geldt dat alleen sprake kan zijn van een crisissituatie als het gaat om:

- a. een aanzienlijk risico op ernstige schade voor betrokkene of anderen;
- b. de veiligheid binnen de accommodatie of andere locatie waar de zorg of verplichte zorg wordt verleend;
- c. de bescherming van rechten en vrijheden van anderen of
- d. de voorkoming van strafbare feiten.

Om te voorkomen dat personen met een zorgmachtiging die lichtere interventies legitimeert via een systeem van afdelingsregels alsnog aan een zwaar regime kunnen worden onderworpen, is gekozen voor een systeem waarbij alle vormen van verplichte zorg (ook de vormen die niet rechtstreeks gericht zijn op het wegnemen van de psychische stoornis) vooraf in de zorgmachtiging zijn opgenomen. Dit vanuit de gedachte dat het vaststellen van de geschikte vormen van verplichte zorg maatwerk is en om te voorkomen dat personen vanwege hun plaatsing op een afdeling met een bepaald regime meer beperkingen zouden kunnen krijgen opgelegd dan voor hen individueel passend is.

Kinder- en jeugdpsychiatrie

Aangezien ernstige psychische stoornissen zich ook al op jonge leeftijd kunnen voordoen, is het wetsvoorstel ook van toepassing op kinderen onder de twaalf jaar en minderjarigen. In het wetsvoorstel zijn een aantal bepalingen opgenomen die specifiek gericht zijn op de verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen. In het hoofdstuk met de algemene uitgangspunten is een bepaling opgenomen die er toe noodzaakt om bij de toepassing van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen, zonodig aanvullende zorgvuldigheidseisen in acht te nemen en de mogelijk nadelige effecten van de verplichte zorg op langere termijn in de beoordeling van de proportionaliteit, subsidiariteit, effectiviteit en veiligheid te betrekken (artikel 2:1, negende lid). In de richtlijnen op grond waarvan de verplichte zorg wordt verleend, dient eveneens deze aanvullende zorgvuldigheidseisen bij kinderen en jeugdigen te worden opgenomen.

De aanbeveling van de evaluatiecommissie om in de nieuwe wettelijke regeling rekening te houden met de bijzondere aard en problematiek van de kinder- en jeugdpsychiatrie (Derde evaluatiecommissie Wet bopz, Voortschrijdende inzichten..., 2007, blz. 102) en te voorzien in de mogelijkheid om pedagogische maatregelen te kunnen treffen, is in het wetsvoorstel uitgewerkt. In het zorgplan en de zorgmachtiging van kinderen en jeugdigen kunnen pedagogische maatregelen als onderdeel van de verplichte zorg worden opgenomen. In de definitie van zorg is expliciet tot uitdrukking gebracht dat pedagogische maatregelen een vorm van verplichte zorg kunnen zijn (artikel 3:2).

In de begripsbepaling van «schade» (artikel 1:1) is eveneens rekening gehouden met de bijzondere aard van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Onder schade kan ook «een verstoorde ontwikkeling» worden verstaan. Daarmee wordt bedoeld op kinderen en jeugdigen, waarbij de ontwikkeling naar de volwassenheid ernstig verstoord wordt door de psychische stoornis waaraan zij lijden. In de artikelsgewijze toelichting op artikel 1:1 wordt hier nader op ingegaan. Verder is bij de begripsbepaling van patiëntcontactpersoon (artikel 1:1) een onderscheid gemaakt tussen minderjarige en meerderjarige personen. Anders dan bij meerderjarige personen geldt dat de ouders bij minderjarigen in beginsel automatisch als (eerste) patiëntcontactpersoon worden aangemerkt. Naar aanleiding van de adviezen van de RvdR en Stichting Pandora is een bepaling aan hoofdstuk 2 toegevoegd, die duidelijkheid verschaft ten aanzien van verzet en instemming bij minderjarigen (artikel 2:5).

Personen die zich verzetten en personen die geen bereidheid tonen, maar evenmin bezwaar maken

Op grond van de Wet bopz is een rechterlijke machtiging nodig als een persoon met een psychische stoornis geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit bereidheidscriterium is destijds in de wet verankerd, omdat alleen bij een positieve wilsverklaring zeker is dat de betrokkene met de opname instemt en dat ook alleen dan zeker is dat sprake is van een vrijwillige opname. Dit betekent dat personen die zich niet (kunnen) verzetten, maar zich evenmin daartoe bereid (kunnen) verklaren (de «geen bereidheid, geen bezwaargroep (gbgb-groep)»), op grond van de huidige Wet bopz alleen kunnen worden opgenomen als hun stoornis gevaar veroorzaakt. De evaluatiecommissie concludeert dat dit vanuit het perspectief van de zorg onbevredigend is, omdat deze groep zeer gebaat kan zijn met een opname en behandeling (Derde evaluatiecommissie Wet bopz, Voortschrijdende inzichten..., 2007, blz. 55). Degene die het betreft, blijft dan zonder zorg, ook als hij, zonder daarvan blijk te geven, bereid zou zijn om zich te laten opnemen.

De gbgb-groep is een kwetsbare groep die doorgaans niet bij machte is om haar wil adequaat te uiten. Dit mag echter niet meebrengen dat om deze reden geen zorg wordt verleend. Dit geldt overigens niet alleen voor de opname, maar ook voor andere vormen van zorg voor alle categorieën van personen met een psychische stoornis. Om de gbgb-groep niet de nodige zorg te onthouden, valt deze bijzondere categorie van personen onder het bereik van dit wetsvoorstel (artikel 3:1, tweede lid). Aangezien betrokkene zelf niet in staat is om zich te verzetten tegen de zorg en daardoor in een zeer kwetsbare en onmachtige positie verkeert ten opzichte van de zorgverantwoordelijke, is het van belang dat de noodzaak voor de verplichte zorg wordt getoetst. Als betrokkene geen bereidheid vertoont en er geen vertegenwoordiger optreedt die kan instemmen met de voorgestelde zorg, wordt betrokkene geacht zich te verzetten tegen de zorg. Dit betekent dat een zorgmachtiging moet worden aangevraagd om

de noodzakelijke zorg te kunnen verlenen. Het aanzienlijke risico op ernstige schade zal bij deze groep niet zozeer bestaan uit schade voor derden, maar uit de schade die voor henzelf ontstaat als de psychische stoornis niet adequaat wordt behandeld. Het doel van de verplichte zorg bij de gbgg-groep zal dan bestaan uit het stabiliseren van de geestelijke gezondheid en zo mogelijk het herstellen van de autonomie van betrokkene (artikel 3:4, onderdelen d en e). Dit betekent dat een (gedwongen opgenomen) patiënt met een psychische stoornis ook onder dwang kan worden behandeld als zijn geestelijke gezondheid als gevolg van of gedurende een onvrijwillige opname zonder behandeling niet verbetert of zelfs dreigt te verslechteren, waardoor betrokkene langer dan noodzakelijk in een instelling verblijft. Door de gbgg-groep onder de reikwijdte van het wetsvoorstel te brengen, wordt aangesloten bij de gedachte dat dwang geboden kan zijn wanneer daarmee de ernst of de duur van de schade die het gevolg is van een psychische stoornis kan worden beperkt (zie voor een nadere toelichting onderdeel 8 en hoofdstuk 6 betreffende de zorgmachtiging).

Er is geen onderzoek verricht naar de precieze omvang van de «gbgg-groep», maar een inschatting is dat deze groep in omvang zeer beperkt is. Het zal hierbij vooral mensen met dementie betreffen of mensen met een verstandelijke beperking, die vaak wilsonbekwaam zijn. Deze groepen vallen niet onder deze wet, maar onder het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. In dit wetsvoorstel is voor deze groep mensen een extra zorgvuldigheidstoets ingebouwd: bij een niet-vrijwillige opname van mensen die zich noch verzetten, noch bereidheid tonen, is altijd een beoordeling nodig van het indicatieorgaan CIZ. Dit onafhankelijke orgaan werkt volgens een uniforme en geprotocolleerde werkwijze, waardoor de rechtspositie van deze groep mensen goed is gewaarborgd. Daarnaast zal het Zorgindicatiebesluit, waarin regels worden gesteld over de AWBZ-beoordeling van het CIZ, worden uitgebreid met specifieke regels over de beoordeling van de niet-vrijwillige opname en de deskundigheidseisen waaraan moet worden voldaan. Indien het CIZ beoordeelt om tot een opnamebesluit te komen, zal de «gbgg-groep» dezelfde zorg worden verleend als de mensen die er niet mee instemmen om zorg te ontvangen in een bepaalde zorgaccommodatie.

Wij realiseren ons dat het aanknopen bij het verzetscriterium meebrengt dat scherp moet worden bewaakt dat verzet ook wordt herkend en «gehonoreerd». Onder de Wet bopz is altijd een zeer ruime interpretatie van verzet gehanteerd; elke feitelijke verbale of non-verbale uiting van verzet moet als verzet worden gekwalificeerd. Dit is niet altijd even eenvoudig gebleken, omdat gedrag en standpunten van mensen met een psychische stoornis snel kunnen wijzigen. Bovendien kan verzet ook zo nauw verknoot zijn met de aandoening dat het moeilijk is om hier zelfstandige betekenis aan toe te kennen.

Zorgwekkende zorgmijders

De groep zorgwekkende zorgmijders bestaat uit mensen die ernstige problemen hebben om zich staande te houden, maar die niet dan wel zeer moeilijk te overreden zijn om zorg te accepteren. Hieronder vallen vaak verslaafden en dak- en thuislozen met psychische problemen. Zoals in het voorafgaande uiteen is gezet is voor de omschrijving van de term «psychische stoornis» aansluiting gezocht bij de classificatie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV). Uit de DSM-IV vloeit voort dat ook verslaving als «psychische stoornis» kan worden aangemerkt. Verslaving aan alcohol en drugs valt daarmee onder de reikwijdte van het wetsvoorstel. Dit maakt een einde aan de nu nog

heersende verschillen in opvatting of verslaving aan verdovende middelen of excessief alcoholgebruik het al dan niet toepassen van dwang en drang kunnen rechtvaardigen.

Dak- en thuislozen kunnen alleen verplichte zorg ontvangen indien zij voldoen aan de criteria van het wetsvoorstel. Zolang er geen ernstige schade voor henzelf of voor anderen ontstaat als gevolg van een psychische stoornis, vallen zij niet onder de reikwijdte van het wetsvoorstel. Zij kunnen wel een beroep doen op allerhande maatschappelijke organisaties die zich inzetten voor de verbetering van de positie van dak- en thuislozen. Centrumgemeenten zorgen in samenwerking met maatschappelijke organisaties voor een één-op-één aanpak voor dak- en thuislozen. Daarin krijgen ze niet meer alleen bed en brood, maar een integraal aanbod van wonen, inkomensondersteuning en/of schuldhulpverlening, dagbesteding en onderwijs of werktoeleiding. Ook wordt in de 4 grote steden gewerkt aan het plan van aanpak maatschappelijke opvang, waarin een op elkaar afgestemd geheel aan maatregelen is voorzien om deze groep te bereiken en van opvang te voorzien. Op deze manier kunnen dak- en thuislozen weer perspectief krijgen op het weer meedoen in de samenleving.

9. Criteria voor verplichte zorg

Het wetsvoorstel maakt het mogelijk dat gedwongen zorg wordt verleend aan personen als hun gedrag als gevolg van een psychische stoornis leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor anderen (artikel 3:3). Het doel van de gedwongen zorg kan meerledig zijn en omvat niet alleen het afwenden van een crisissituatie. Ook kan het doel van dwang erop gericht zijn om de geestelijke gezondheid dusdanig te herstellen dat de autonomie zoveel mogelijk wordt herwonnen.

Betrokkene moet door de gedwongen zorg in de positie kunnen komen om zijn lot weer zoveel mogelijk in eigen handen te nemen en zo min mogelijk te worden belemmerd bij het maken van zijn keuzes. Het volledig autonoom en zonder beperkingen functioneren, zal echter niet in alle gevallen haalbaar zijn: een chronische psychische stoornis leent zich naar zijn aard niet voor (volledige) genezing. De toepassing van de gedwongen zorg zal er op gericht moeten zijn de mogelijkheden voor betrokkene om de regie over zijn leven te (her)nemen te maximaliseren, in interactie met zijn hulpverleners. Er zal moeten worden gestreefd naar de beste mogelijkheden tot zelfontplooiing en zingeving (zie ook het herstelconcept, zoals beschreven door prof. dr. W. van Tilburg in zijn afscheidsrede aan de VU-Amsterdam op 16 februari 2007, Het hart van de psychiatrie). De (gedwongen) zorg moet ten dienste staan van het streven naar deze vrijheid (zie hierover: prof. mr. A.C. Hendriks e.a., Het recht op autonomie in samenhang met goede zorg bezien, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2008, nr. 1).

In die gevallen dat (volledig) herstel van de stoornis niet tot de mogelijkheden behoort, zal de gedwongen zorg gericht moeten zijn op de stabilisatie van de toestand van de betrokkene, om daarmee de schade als gevolg van zijn psychische stoornis voor zichzelf en zijn omgeving zoveel mogelijk tot staan te brengen. Aangezien de psychische stoornis in veel gevallen gedurende langere periode tot beperkingen leidt in het functioneren van betrokkene, zal de gedwongen zorg ook gericht moeten zijn op het leren omgaan met deze beperkingen.

De incorporatie van het herstel van autonomie van betrokkene als doel van verplichte zorg betekent des te meer dat de gedwongen zorg vanuit het perspectief van betrokkene tot stand moet komen. De psychiatrie is geen harde wetenschap, waar in alle gevallen op basis van de diagnose

een eenduidige evidence-based behandeling kan worden toegepast. Ondanks alle vooruitgang die nog steeds geboekt wordt, nopen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van medicatie en andere vormen van behandeling nog steeds tot bescheidenheid. In elk concreet geval zal gezocht moeten worden naar vormen van zorg die aansluiten bij de beperkingen en mogelijkheden van betrokkene. Bij bepaalde psychische stoornissen leidt medicatie niet tot genezing, terwijl de bijwerkingen ernstig kunnen zijn. De bijwerking van de medicatie kan een dusdanig negatieve invloed hebben op de (geestelijke) gezondheid van betrokkene, dat deze niet opwegen tegen de positieve werking van de medicatie. De persoonlijke ervaringen en voorkeuren van betrokkene zullen dan ook een belangrijke rol moeten spelen bij het vaststellen van de verplichte zorg.

10. Actoren

Commissie

Wij zijn met de evaluatiecommissie van mening dat de commissie een belangrijke bijdrage kan leveren aan de versterking van de positie van betrokkene. Deze commissie zal met de voorgestane multidisciplinaire samenstelling (een jurist, een psychiater, een algemeen lid en in het geval van specifieke of meervoudige problematiek een terzake deskundige als een verslavingsdeskundige, een arts voor verstandelijk gehandicapten, een geriater of een orthopedagoog) op een effectieve en kwalitatief hoogwaardige wijze kunnen adviseren over de gewenste «zorg op maat». Op deze wijze is er ruimte om alle facetten van de psychische, vaak meervoudige, problematiek te belichten, zonder dat de betrokkene zich «veroordeeld» voelt tot de behandelaar en vice versa. De huidige procedure voorziet niet in een afzonderlijke deskundige inbreng buiten het behandelperspectief. Dit zal de uniformiteit en kwaliteit van de adviezen die aan de rechter worden voorgelegd, substantieel verhogen, en recht doen aan andere, ook relevante, aspecten dan de zuiver psychiatrische kant van de zaak.

Wij introduceren met dit wetsvoorstel een commissie die onder andere de wettelijke taken van het OM en overneemt (artikelen 5:1 en 5:2). De evaluatiecommissie constateert een discrepantie tussen de huidige taakuitoefening en taakopvatting van onder meer het OM en de rol die de wetgever voor ogen stond bij de totstandkoming van de wet. Zo functioneert het OM voornamelijk als doorgeefluik en is de inhoudelijke betrokkenheid bij de afhandeling van de verzoeken te beperkt. De afwezigheid van de officier bij de zitting betekent in de praktijk dat de behandelaar min of meer gedwongen wordt om de rol van de officier als verzoeker over te nemen.

Wij verwachten dat de commissie in belangrijke mate zal bijdragen aan een betere uitvoering van de regeling voor gedwongen zorg dan thans het geval is onder de Wet bopz. De beoogde brede samenstelling van de commissie leidt tot een multidisciplinaire aanpak, waardoor het draagvlak voor de uiteindelijke beslissingen wordt vergroot. Deze concentratie van taken komt ook ten goede aan de zuiverheid van de positie van de verschillende actoren. Zo verlost de commissie de zorgverantwoordelijke van zijn dubbelrol als behartiger van het patiëntenbelang en medisch adviseur van de rechter. De zorgverantwoordelijke krijgt de ruimte om zich volledig te concentreren op zijn belangrijkste taak, namelijk het verlenen van zorg. Door de deskundige voorbereiding van de commissie zal de rechter op zijn beurt zich niet met medische details bezig hoeven te houden. Wij verwachten met de evaluatiecommissie dat de introductie van de commissie er toe zal leiden dat de verschillende actoren in de zorg

uit hun isolement worden gehaald en dat ook andere partijen die op basis van het uitgangspunt van wederkerigheid een rol dienen te spelen, geactiveerd zullen worden.

Ook verwachten wij dat de introductie van een multidisciplinaire commissie die als formele verzoeker optreedt en de rechter adviseert over de noodzakelijke zorg een belangrijke bijdrage kan leveren aan de verbetering van de voorbereiding en uitvoering van gedwongen zorg. Door de verbindende rol die de commissie gaat spelen bij de voorbereiding van gedwongen zorg kan de kwaliteit van de procedure en de zorg in belangrijke mate worden verbeterd ten opzichte van de huidige praktijk. Partijen zullen niet langer op een onnatuurlijke manier tegenover elkaar worden geplaatst, maar de ruimte krijgen om hun visie naar voren te brengen om in gezamenlijkheid tot een passende vorm van onvrijwillige zorg te komen.

Daarbij zal de commissie naar onze verwachting ook een positieve rol kunnen vervullen bij de toepassing van het ultimatum remedium-beginsel. Net als alle andere actoren die betrokken zijn bij de uitvoering van het wetsvoorstel, zal ook de commissie moeten beoordelen of de alternatieven voor vrijwillige zorg zijn uitgeput (artikel 2:1, tweede lid). Indien dat niet het geval is zal de commissie (zo mogelijk) hierop moeten ingaan (artikel 5:14, vijfde lid) en kan zij adviseren om alsnog de op vrijwilligheid gebaseerde zorg te verlenen en de zorgverleners zondig ook aan te spreken wanneer de zorg tekortschiet of een adequaat zorgaanbod ontbreekt. De toetsing aan het ultimatum remedium beginsel door zowel de commissie als de rechter zal er uiteindelijk toe moeten leiden dat er in minder gevallen tot dwang wordt besloten, de aard van de dwang minder ingrijpend is en de duur van de dwang wordt verkort. Het beleid zal gericht moeten zijn op voldoende aanbod van laagdrempelige, gespecialiseerde en kwalitatief goede vrijwillige zorg teneinde dwang te voorkomen.

Niet alleen de behandelend psychiater maar ook de psychiater die een medische verklaring moet opstellen voor een crisismaatregel of zorgmachtiging krijgt een zuiverder rol toebedeeld. Bij het opstellen van een medische verklaring kan hij zich voortaan beperken tot een zuiver medisch oordeel over de eventuele stoornis van de betrokkene en het mogelijke causale verband met het gedrag dat het aanzienlijke risico op ernstige schade voor hemzelf of een ander veroorzaakt. De medicus zal hierdoor niet langer gedwongen worden om vooruit te lopen op het oordeel van de rechter door een keuze te moeten maken over het al of niet afgeven van een medische verklaring. Voortaan geeft de medisch deskundige in alle gevallen een medische verklaring af (artikel 5:6). Wanneer hij van oordeel is dat er geen sprake is van een psychische stoornis zal een medische verklaring met die strekking moeten worden opgesteld. Het is vervolgens aan de commissie om te besluiten of zij eventueel nog een second-opinion vragen of besluiten af te zien van het opstellen van een advies en het indienen van een verzoek bij de rechter. De oorspronkelijke verzoeker kan, als de commissie geen reden ziet om een advies op te stellen, eventueel om een second-opinion vragen en de commissie verzoeken toch een advies aan de rechter voor te leggen. De huidige onwenselijke situatie dat de verzoeker met lege handen staat op het moment dat een psychiater weigert een medische verklaring af te geven, omdat hij van oordeel is dat er geen grond voor opname is, zal zich niet langer kunnen voordoen.

De rol van de rechter zal door de introductie van de commissie ook aan zuiverheid winnen. Nu de rechter voorzien wordt van een degelijk advies van de commissie, zal hij niet zoals nu bijvoorbeeld bij de voorwaardelijke machtiging soms het geval is, zich medisch inhoudelijk hoeven te bemoeien met de zorg. De rechter zal zich niet hoeven uit te spreken over

de te gebruiken medicatie of de dosering, maar het advies naar verwachting met name beoordelen aan de hand van het criterium voor verplichte zorg, het ultimum-remedium beginsel en de proportionaliteit van de geadviseerde vrijheidsbeperkende maatregelen en beperkingen van het recht op privacy en de lichamelijke integriteit.

Door de multidisciplinaire samenstelling van de commissie (psychiater, jurist en een algemeen lid, eventueel aangevuld met andere deskundigen) zal het uitgangspunt van gedwongen zorg op maat op een effectieve en kwalitatief hoogwaardige manier kunnen worden gerealiseerd. De verwachting is dat de commissie de uniformiteit en de kwaliteit van de adviezen die aan de rechter worden voorgelegd sterk zullen verhogen. Doordat de commissie zowel betrokkene of diens vertegenwoordiger, zijn familie, naasten, behandelaar als de verzoeker de ruimte biedt om hun zienswijze in te brengen, kan er een evenwichtig advies aan de rechter worden voorgelegd dat rekening houdt met de verschillende perspectieven.

Om de eenheid van de commissie te benadrukken zijn wij voorstander om de commissie te organiseren volgens een model waarin de commissie geleid wordt door een landelijk bestuur bestaande uit een voorzitter en een aantal leden. Bij deze leden kan worden gedacht aan vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, familieorganisaties, behandelaars, verplegend personeel, instellingen of de VNG. Wij zijn geen voorstander van een apart landelijk college dat organisatorisch los staat van de commissies, zoals door de evaluatiecommissie bepleit. In de huidige constellatie is geen orgaan voorhanden waarbinnen in gezamenlijkheid een overkoepelend beleid kan worden gevormd. Daarvoor is echter in onze optiek geen afzonderlijk orgaan nodig. De ontwikkeling van richtlijnen, protocollen, modellen en andere instrumenten ten behoeve van de regionale commissies kan door het landelijk bestuur ter hand worden genomen door het instellen van landelijke werkgroepen. Deze werkgroepen kunnen worden samengesteld uit leden die in de regionale commissies zitting hebben, vertegenwoordigers van patiënten- en familieorganisaties, overige partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de wet en zonodig externe deskundigen. Op deze wijze kan gezamenlijke visievorming en advisering plaats vinden en een bijdrage worden geleverd aan de kwaliteit van de zorg. Daarnaast kan worden gedacht aan bevordering van de deskundigheid door niet alleen vanuit de eigen beroepsgroep, maar met alle betrokken partijen studiedagen of studiemateriaal te ontwikkelen. Het landelijk bestuur wordt verantwoordelijk voor het overleg met landelijke organen zoals de VNG of GGZ Nederland en kan zich hierbij uiteraard laten ondersteunen door landelijke werkgroepen die worden samengesteld uit de leden van de regionale commissies. Het grote voordeel van deze aanpak is dat de praktijkervaring en beleidsvorming hand in hand kunnen gaan.

Naast dit landelijke bestuur wordt de commissie gevormd door de juristen, psychiaters, algemene leden en specifiek deskundigen die worden belast met de behandeling van de verzoeken en de overige taken die aan de commissie worden toebedeeld. Daartoe kan een voordracht worden gedaan door beroepsorganisaties. De commissie opereert als één landelijke organisatie, maar zal wel in verschillende regio's zitting hebben. Aansluiting zal worden gezocht bij de arrondissementale indeling binnen de rechterlijke macht. Aangezien het aantal verzoeken per regio zal verschillen, zal het aantal juristen, psychiaters en algemene leden dat in een regionale commissie zitting heeft, variëren. Doordat de commissie landelijk werkt, kunnen de leden ook in verschillende regionale commissies zitting hebben en fluctuaties in het aantal verzoeken per regio worden opgevangen.

Naar aanleiding van een opmerking van de NVVR verdient vermelding dat de commissie in juridisch opzicht te kwalificeren zal zijn als een orgaan van de staat zonder rechtspersoonlijkheid. Dit geldt voor zowel haar adviestaak als voor haar taak als verzoeker.

Samenstelling van de commissies

De evaluatiecommissie stelt voor om de commissie die zich buigt over een verzoek voor onvrijwillige zorg samen te stellen uit een psychiater, jurist en een persoon die deskundig is vanuit het patiënten of familieperspectief. Wij stemmen met deze opzet in, maar achten het wel noodzakelijk dat in gevallen van specifieke of meervoudige problematiek een terzake deskundige eveneens deel uitmaakt van de commissie. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een verslavingsdeskundige, een verstandelijk gehandicapten arts, een orthopedagoog of een arts die op somatisch terrein deskundig is. Deze bijzondere deskundigen kunnen door de verschillende regionale commissies worden ingeschakeld. Overigens is de kwalificatie van «een persoon die deskundig is vanuit het patiënten- en familieperspectief» geen gelukkige. Van meer kanten is erop gewezen dat het niet goed doenlijk is om beide specifieke perspectieven in één persoon te verenigen. Wij denken dan ook eerder aan een persoon die niet zo zeer medisch-inhoudelijk of juridisch maar meer vanuit een maatschappelijk perspectief naar de situatie van de betrokkene kan kijken. In Schotland wordt gewerkt met zogeheten «general members», die een functie als maatschappelijk werker vervullen die zich niet direct laat vertalen naar de Nederlandse situatie. In de Nederlandse verhoudingen kan worden gedacht aan bijvoorbeeld een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, iemand met de expertise van een patiëntenvertrouwenspersoon, een ervaringsdeskundige of een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie. Het Platform GGZ, Stichting Pandora en LOC pleiten er in hun advies voor om het algemeen lid te laten voordragen door de patiënten- en familieorganisaties. Wij staan positief tegenover deze suggestie en zullen deze uitwerken bij de algemene maatregel van bestuur waarin de wijze van benoeming van de leden van de commissie wordt geregeld. Het College P-G's vraagt in haar advies aandacht voor de rol van de officier van justitie, die een scharnierfunctie vervult bij de afweging tussen het belang van maatschappelijke veiligheid en het belang van goede zorg voor personen met een psychische stoornis. Het college acht het gelet op de rol van het openbaar ministerie op het snijvlak van straf en zorg van belang dat de officier van justitie deel uit kan maken van de commissie. Bij de algemene maatregel van bestuur waarin de samenstelling en werkwijze wordt geregeld, zullen wij overeenkomstig het advies van het College P-G's in de mogelijkheid voorzien dat een officier van justitie als jurist in de commissie zitting kan nemen. De officier van justitie zal in dat geval niet optreden als vertegenwoordiger van het OM, maar als onafhankelijk en deskundig jurist.

Ten slotte onderstrepen wij het belang dat de commissie als eenheid opereert en dat alle perspectieven in één orgaan worden samengebonden. Het advies van de commissie zal dan ook eensluidend moeten zijn.

In het deelonderzoek *Internationale ontwikkelingen* van de derde evaluatie van de Wet bopz merken de onderzoekers op dat het niet in de Nederlandse rechtstraditie past om de commissie ook te belasten met een rechtsprekende taak. In deze variant valt het voordeel weg dat de rechter onafhankelijk van de zorginhoudelijke afwegingen zijn oordeel kan geven. Beoordeling op enige afstand van de noodzaak tot gedwongen zorg is een wezenlijk kenmerk van de rechtsbescherming die wij voor ogen hebben. Samenvoeging van een juridische toets en een zorginhoudelijke afweging zou tot een ongewenste vermenging leiden. De door de evaluatiecom-

missie voorgestane taakverdeling waarbij de commissie een advies voorbereidt en de onafhankelijke rechter het advies aan een juridische toets onderwerpt biedt in onze ogen een betere bescherming van de rechtspositie van de patiënt.

Rechter

Aan de rechter is een cruciale rol toebedeeld bij de toetsing en legitimatie van verplichte zorg. Uitgangspunt is dat de rechter vanuit zijn onafhankelijke positie vooraf toetst of voldaan is aan de criteria voor verplichte zorg. Indien de rechter op basis van het advies van de commissie en het horen van partijen van oordeel is dat als laatste redmiddel verplichte zorg moet worden verleend, kan hij door afgifte van een zorgmachtiging de in de wet genoemde actoren legitimeren tot het verlenen van zorg, ook als betrokkene zich daar tegen verzet. De zorgmachtiging legitimeert niet alleen de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke en de zorgverleners tot het verlenen van zorg, maar roept tevens een verplichting in het leven voor zowel de persoon voor wie de zorgmachtiging is afgegeven als voor de uitvoerders van de zorgmachtiging. Betrokkene is verplicht de noodzakelijke vormen van zorg die in de zorgmachtiging zijn opgenomen te gedogen en de verschillende actoren die zijn belast met de uitvoering van de zorgmachtiging zijn verplicht de noodzakelijke zorg, zonodig tegen de wil van betrokkene te verlenen.

Van het uitgangspunt van voorafgaande rechterlijke legitimatie voor verplichte zorg kan alleen worden afgeweken in noodsituaties. In acute crisissituaties is rechterlijke toetsing vooraf niet mogelijk en kan de burgemeester een crisismaatregel nemen om de crisissituatie het hoofd te bieden. In het geval dat het noodzakelijk is om de verplichte zorg ook na het verstrijken van de termijn van de crisismaatregel voor te zetten, zal de rechter door de afgifte van een zorgmachtiging deze voorzetting van verplichte zorg moeten legitimeren.

Burgemeester

De burgemeester behoudt in het wetsvoorstel zijn huidige rol bij de beslissing over tijdelijke verplichte zorg in crisissituaties. De Raad voor de Rechtspraak merkt in haar advies terecht op dat de zorg voor psychiatrische patiënten niet alleen een kwestie van openbare orde is en acht het mede gelet op zijn beperkte materiedeskundigheid niet wenselijk om deze taak aan de burgemeester toe te delen. De Raad voor de Rechtspraak adviseert om de beslissing over de crisismaatregel te beleggen bij de (landelijke) voorzitter van de klachtencommissie, de officier van justitie of een landelijk opererende verplichte GGZ rechter. Naar het oordeel van de Raad voor de Rechtspraak beschikken de voorgestelde functionarissen over meer inhoudelijke expertise en zou een landelijk opererende functionaris de eenheid van de beslissingen bevorderen. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten daarentegen is van mening dat de rol van de burgemeester als bewaker van de openbare orde en veiligheid behouden moet blijven en de burgemeester slagvaardig moet kunnen optreden in crisissituaties. De VNG beschouwt het als een meerwaarde dat aan een niet medicus helder moet worden uitgelegd waarom verplichte zorg noodzakelijk is en is van mening dat de burgemeester in de praktijk een goede invulling geeft aan zijn rol bij de inbewaringstelling. Vanwege de relatie met de andere taken van de burgemeester op het terrein van openbare orde, acht de VNG het een juiste keuze om de burgemeester te belasten met de crisismaatregel.

Het advies van de Raad voor de Rechtspraak om de beslissing over een crisismaatregel niet bij de burgemeester maar bij een andere landelijk opererende functionaris te beleggen is niet overgenomen. Hoewel een landelijk functionaris met meer expertise op het terrein van de psychiatrie of vrijheidsbeneming toegevoegde waarde zou kunnen bieden voor het besluitvormingsproces bij tijdelijke verplichte zorg in crisissituaties, is toch van deze optie afgezien. Bij de voorbereiding van het wetsvoorstel is door verschillende partijen benadrukt dat de huidige procedure voor inbewaringstelling naar tevredenheid verloopt, mede door het goed functioneren van het procesondersteunende systeem *Bopz-online*. De door de Raad voor de Rechtspraak voorgestelde alternatieven brengen met zich mee, dat een nieuwe piketregeling opgezet moet worden met een daarbij behorende ICT infrastructuur, met mogelijk onwenselijke praktische consequenties en risico's.

Met de VNG zijn wij van mening dat de verantwoordelijkheid van de burgemeester voor het nemen van een crisismaatregel goed aansluit bij de huidige rol van de burgemeester ten aanzien van veiligheid, zoals ook verwoord in de nota Burgemeester en Veiligheid (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 30 657, nr. K). Temeer daar er in het algemeen tevredenheid heerst over de huidige rol van de burgemeester bij de inbewaringstelling zien wij geen noodzaak om voor een andere functionaris te kiezen.

Politie

De politie speelt op een aantal momenten een rol bij de uitvoering van deze wet. De politie is verantwoordelijk voor de openbare orde en veiligheid van de burgers. De Raad van Hoofdcommissarissen spreekt vanuit haar verantwoordelijkheid voor de openbare orde en veiligheid haar zorg uit over de balans tussen veiligheid en gezondheidszorg in het wetsvoorstel. De Raad van Hoofdcommissarissen acht het van belang dat in de commissie niet alleen aandacht is voor de zorginhoudelijke aspecten, maar ook voor de bescherming van de maatschappij en veiligheid van burgers. Het pleidooi van het College van procureurs-generaal om een officier van justitie als de jurist in de commissie te benoemen, wordt overgenomen, mede omdat daarmee de aandacht voor de openbare orde en veiligheid binnen de commissie afdoende is gewaarborgd.

De balans tussen gezondheidszorg en veiligheid ligt daarnaast ook besloten in de criteria voor verplichte zorg (artikel 3:3). De criteria voor verplichte zorg zijn zodanig geformuleerd, dat alleen tot verplichte zorg kan worden besloten als er sprake is van een aanzienlijk risico op ernstige schade voor betrokkene zelf of anderen. Bij de beoordeling van de noodzaak voor verplichte zorg zal de veiligheid van derden dan ook altijd onderdeel uitmaken van de afweging.

De politie krijgt bij haar werkzaamheden regelmatig te maken met verwarde personen die geen ernstige strafbare feiten hebben gepleegd, maar wel de veiligheid van andere personen in gevaar kunnen brengen. In de situaties zal het niet altijd duidelijk zijn wat de oorzaak van de verwardheid is. Deze kan het gevolg zijn van een psychische stoornis, maar ook van overmatig gebruik van alcohol, drugs of medicijnen, zo niet een combinatie daarvan. De politie zal dan de hulp van deskundigen moeten inroepen om te kunnen beoordelen wat er verder met deze persoon moet gebeuren. In deze crisissituaties is het van belang dat de politie over de noodzakelijke bevoegdheden beschikt om adequaat op te kunnen treden en te ondersteunen bij het verlenen van verplichte zorg. Het wetsvoorstel voorziet daartoe in een specifieke grondslag voor het

optreden van de politie voorafgaand aan een crisismaatregel (artikel 7:4). De politie kan in afwachting van een beslissing over een crisismaatregel een persoon die in crisis verkeert, tijdelijk in zijn vrijheid beperken en zonodig overbrengen naar een plaats voor verder onderzoek. Door deze regeling hoeft het optreden van de politie voorafgaand aan de crisismaatregel niet langer te worden gerechtvaardigd met een beroep op het buitenwettelijk noodrecht.

Het Platform GGZ kan niet zonder meer instemmen met de rol van de politie bij de crisismaatregel, vraagt om heroverweging van de rol van de politie en adviseert om gebruik te maken van gespecialiseerde zorgteams. De politie zal uit de aard van haar taken op het terrein van de openbare orde altijd een rol moeten blijven spelen in crisissituaties met verwarde personen. Omstanders en familie zullen van nature de politie inschakelen als een crisissituatie ernstig uit de hand dreigt te lopen. Het wetsvoorstel laat overigens wel de ruimte om in de periode voorafgaand aan de crisismaatregel gespecialiseerde zorgteams verplichte zorg te laten verlenen en betrokkene in zijn vrijheid te beperken (artikel 7:4, vijfde lid, onderdeel d). Ten aanzien van het vervoer van personen naar een accommodatie geldt dat de politie niet de eerst aangewezen partij is om dit te verzorgen. Dan geldt inderdaad, zoals het Platform GGZ voorstelt, dat bij voorkeur gebruik wordt gemaakt van ambulancepersoneel of gespecialiseerde zorgteams voor het vervoer (artikel 7:4, vijfde lid en 8:1, derde lid, onderdeel a).

De Raad van Hoofdcommissarissen vraagt in haar advies aandacht voor de wettelijke grondslag voor de verstrekking van politiegegevens in het kader van verplichte zorg. De commissie zal evenals de officier van justitie thans onder het regime van de Wet bopz over de relevante politiegegevens moeten kunnen beschikken. Op grond van artikel 18 van de Wet politiegegevens kunnen politiegegevens met het oog op een zwaarwegend algemeen belang worden verstrekt aan instanties. Het Besluit politiegegevens zal zodanig worden aangepast dat politiegegevens aan de commissie kunnen worden verstrekt.

Zorgverantwoordelijke

De arts die de hoofdverantwoordelijkheid draagt voor de behandeling wordt in het wetsvoorstel aangeduid als zorgverantwoordelijke (artikel 1:1). Doorgaans zal deze taak worden vervuld door een psychiater. De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het opstellen van het zorgplan en voor de uitvoering van de verplichte zorg nadat hij daartoe gemachtigd is door middel van een zorgmachtiging of crisismaatregel. De zorgverantwoordelijke dient de beslissingen die hij neemt om verplichte zorg te verlenen, schriftelijk vast te leggen en te voorzien van een motivering.

De rol van de zorgverantwoordelijke wint aan zuiverheid nu de commissie voortaan als verzoeker bij de rechtbank optreedt. In de huidige situatie wordt de behandelend psychiater bij afwezigheid van de officier van justitie bij de zitting, door de rechter in de positie van verzoeker gedrongen. In de voorgestane opzet, beargumenteert de commissie de noodzaak van verplichte zorg en kan de zorgverantwoordelijke zich beperken tot een toelichting op het zorgplan dat hij heeft opgesteld. Hiermee wordt voorkomen dat zijn relatie als behandelaar met betrokkene onnodig verstoord raakt door een onzuivere rolverdeling, zoals thans het geval is.

Patiëntcontactpersoon

Het wetsvoorstel beoogt de positie van de familie en directe naasten te versterken en introduceert hiertoe de patiëntcontactpersoon. In hoofdstuk 2 is het algemene uitgangspunt geformuleerd dat de familie en de directe naasten zoveel mogelijk betrokken worden bij de voorbereiding, de uitvoering en de beëindiging van verplichte zorg. Aangezien de kring van familie en direct naasten in de praktijk omvangrijk kan zijn, is het praktisch niet uitvoerbaar om al deze personen individueel bij de procedure voor verplichte zorg te betrekken en op de hoogte te houden van de adviezen van de commissie en de beslissingen van de rechter, de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke. Gelet op de kwetsbare positie van betrokkene is het van belang dat tenminste één naast familielid of goede vriend op de hoogte wordt gehouden van alle beslissingen met betrekking tot verplichte zorg. De geestelijke gezondheidstoestand van betrokkene kan zodanig verstoord zijn, dat hij zelf niet meer in staat is om de reikwijdte van de beslissingen te overzien en zijn rechten die hem op grond van deze wet toekomen ook daadwerkelijk uit te oefenen. Daarom is het van belang dat de patiëntcontactpersoon op de hoogte is en zonedig aan de bel kan trekken bij de zorgverantwoordelijke of een klachtprocedure starten als de verleende zorg niet aan de geldende kwaliteitsnormen voldoet of niet strookt met de zorgmachtiging of crisismaatregel.

Door de aanwijzing van één of meer patiëntcontactpersonen wordt er voor alle betrokken actoren duidelijkheid gecreëerd over de vraag met welk familielid of directe naaste ten minste overleg moet worden gevoerd of aan wie informatie moet worden verstrekt. De aanwijzing van een patiëntcontactpersoon betekent overigens niet dat de andere leden van de familie of andere directe naasten, niet bij de voorbereiding, de uitvoering of beëindiging van de onvrijwillige zorg kunnen worden betrokken. Zo staat het de commissie vrij om naast de patiëntcontactpersoon ook andere familieleden uit te nodigen voor een hoorzitting of op andere wijze hun zienswijze kenbaar te laten maken. Per geval zal de commissie moeten bepalen of er naast de patiëntcontactpersoon nog andere familieleden of directe naasten gehoord moeten worden. Maar ook de zorgverantwoordelijke kan bij het opstellen van het zorgplan uiteraard overleg plegen met anderen dan de patiëntcontactpersoon.

Betrokkene heeft zelf een stem bij de keuze van een patiëntcontactpersoon. Hij kan een familielid of naaste machtigen om als patiëntcontactpersoon op te treden, met name als de familieverbanden moeizaam liggen, is het van belang dat betrokkene een persoon kan aanwijzen die zijn vertrouwen geniet. Indien betrokkene niet zelf een patiëntcontactpersoon aanwijst, zal een van de in artikel 1:1 genoemde personen als patiëntcontactpersoon moeten worden aangewezen.

Patiëntenvertrouwenspersoon

Omdat er allereerst grote waardering is voor het werk van de patiëntenvertrouwenspersoon willen wij zijn positie in dit wetsvoorstel behouden en versterken. De evaluatiecommissie constateert in het rapport «Voortschrijdende inzichten...» dat de patiëntenvertrouwenspersoon een wezenlijke bijdrage levert aan de bescherming van de rechten van de patiënt. Door de laagdrempelige aanpak worden de problemen op de werkvloer opgelost en juridische procedures voorkomen. Zo worden juist door de inbreng van de patiëntenvertrouwenspersoon vaak klachten op een informele wijze opgelost en hoeft de stap naar de klachtencommissie niet te worden gezet. De inzet van de patiëntenvertrouwenspersoon blijkt

in veel gevallen effectief om de vastgelopen communicatie tussen betrokkene en de hulpverleners weer vlot te trekken.

De voorgestelde regeling maakt het mogelijk dat de patiëntenvertrouwenspersoon ook zelf het initiatief kan nemen om contact te leggen met personen die op grond van een zorgmachtiging of een crisismaatregel verplichte zorg wordt verleend. Gelet op de kwetsbare geestelijke gezondheid en de verwarde toestand waarin betrokkene kan verkeren, is het van belang dat de patiëntenvertrouwenspersoon de meest kwetsbare patiënten ook zelf kan benaderen om ze te wijzen op de mogelijkheden voor bijstand en advies. Binnen de instelling weten de patiënten en de patiëntenvertrouwenspersoon elkaar over het algemeen goed te vinden. De evaluatiecommissie heeft daarentegen geconstateerd dat dit anders ligt bij personen die ambulante zorg ontvangen op basis van een voorwaardelijke machtiging. Omgekeerd is het voor de patiëntenvertrouwenspersonen ook lastig om zicht te krijgen op de patiënten met een machtiging die niet binnen een instelling verblijven. Om dit probleem het hoofd te bieden voorziet het wetsvoorstel in een verstrekkinggrondslag voor de persoonsgegevens van personen voor wie een verzoek bij de commissie is ingediend aan de patiëntenvertrouwenspersoon (artikel 5:5, derde lid). De gegevens kunnen niet worden verstrekt als betrokkene daar bezwaar tegen heeft (artikel 5:5, vierde lid). Daarnaast wordt de bekendheid van de patiëntenvertrouwenspersoon bij betrokkene bevorderd door bij de rechterlijke beslissing te vermelden dat betrokkene recht heeft op bijstand en advies van een patiëntenvertrouwenspersoon (artikel 6:3, derde lid, onderdeel h).

Advocaat

De evaluatiecommissie heeft in het eindrapport geen aandacht besteed aan de advocaat als actor in de Wet bopz en ook geen aanbevelingen gedaan ten aanzien van de rol van de advocaat in de nieuwe regeling. Uit het achterwege laten van concrete aanbevelingen zou kunnen worden afgeleid dat de advocaat naar tevredenheid lijkt te functioneren. In de voorgestelde regeling zal de positie van de advocaat dan ook niet wezenlijk wijzigen. Wel roept de introductie van de commissie de vraag op, vanaf welk moment de advocaat een rol moet gaan spelen bij de vertegenwoordiging van betrokkene. Aangezien het advies van de commissie een prominente rol zal gaan spelen bij de afgifte van een zorgmachtiging door de rechter, achten wij het van belang dat de advocaat ook al in beeld kan zijn bij de voorbereiding van het advies. De commissie heeft tot taak om bij de voorbereiding van het advies betrokkene te horen en zijn zienswijze en beleving van de noodzaak tot zorg helder in beeld te krijgen. Betrokkene zal als gevolg van zijn psychische stoornis niet in alle gevallen in staat zijn om op adequate wijze voor zijn eigen belangen op te komen. Daarom is het van belang er ook bijstand kan worden verleend door een advocaat, die als geen ander de juridische belangen van betrokkene kan verdedigen en voor het voetlicht kan brengen bij de commissie en bij de rechter. De advocaat zal daartoe de gelegenheid moeten krijgen zijn standpunt mondeling of schriftelijk aan de commissie en de rechter duidelijk te kunnen maken (artikelen 5:13, eerste lid, en 6:1, eerste lid).

Wij achten het wenselijk dat al wordt voorzien in bijstand door een advocaat in de fase dat een verzoek is ingediend bij de commissie (artikel 5:5, tweede lid). De advocaat moet zowel schriftelijk als mondeling bij het horen door de commissie de patiënt kunnen bijstaan en zijn zienswijze naar voren kunnen brengen. De burgemeester zal er zorg voor moeten dragen dat betrokkene binnen 24 uur over een advocaat beschikt (artikel 7:6, zesde lid). Zowel bij een aanvraag voor een zorgmachtiging als een

crisismaatregel zal een (piket)advocaat moeten worden ingeschakeld om de betrokkene bij te staan (artikel 13:6). Bij de crisismaatregel zal dat binnen een termijn van 24 uur dienen te geschieden (artikel 7:6, zesde lid).

11. Zorgmachtiging

De zorgmachtiging zal zijn gebaseerd op de gedachte dat één rechterlijke machtiging, op basis van een advies van de commissie over de noodzakelijke zorg, legitimeert tot met name genoemde interventies. De interventies op het terrein van de zorg die betrokkene moet gedogen, kunnen betrekking hebben op ambulante zorg (huishoudelijke ondersteuning, begeleiding, (andere) vormen van (thuis)zorg betreffende verzorging of verpleging), ambulante behandeling (medicatie, deelname aan therapieën) of intramurale behandeling (opname, behandeling of verzorging, medicatie, verschillende vormen van beveiliging). De onvrijwillige opname zal in dit systeem één van de interventies in de zorgketen zijn waarvan de rechter kan bepalen dat en wanneer ze nodig zijn. In de toelichting op hoofdstuk 6 wordt nader ingegaan op de zorgmachtiging.

12. Rechtsmiddelen

De Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak verzoekt in haar advies om een beschouwing op te nemen over het stelsel van rechtsmiddelen. In het onderstaande zal aandacht worden besteed aan de rechtsmiddelen die openstaan bij een crisismaatregel en een zorgmachtiging.

Bij de rechtsmiddelen moet onderscheid worden gemaakt tussen de rechtsmiddelen die zich richten tegen de crisismaatregel en de zorgmachtiging als zodanig en de rechtsmiddelen die gericht zijn tegen een onjuiste uitvoering van de verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of zorgmachtiging. Als betrokkene het niet eens is met de beslissing van de rechter of burgemeester kan tegen die beslissing beroep of hoger beroep worden ingesteld met de daarvoor geldende regels van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering. Als betrokkene het daarentegen niet eens is met de wijze waarop de verplichte zorg wordt verleend of hij van mening is dat de verplichte zorg niet gelegitimeerd is op grond van de crisismaatregel of zorgmachtiging, dient hij gebruik te maken van de klachtprocedure die is beschreven in hoofdstuk 10 van het wetsvoorstel. Naar aanleiding van het advies van de RvdR is aan de klachtprocedure een bepaling toegevoegd, die er toe strekt dat de klachtencommissie een klacht niet-ontvankelijk verklaart als de klacht zich niet richt tegen de uitvoering van de verplichte zorg, maar tegen de crisismaatregel of zorgmachtiging als zodanig. Hiermee wordt voorkomen dat er onduidelijkheid ontstaat over het toepasselijke rechtsmiddel en betrokkene verstrikt raakt bij de keuze van een rechtsmiddel. De klachtprocedure is nader toegelicht in paragraaf 13.

Zorgmachtiging

De NVvR veronderstelt terecht dat het verzoek voor een zorgmachtiging een verzoekschriftprocedure voor de burgerlijke rechter betreft. Dit betekent dat de bepalingen van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering van toepassing zijn op de procedure voor de afgifte van een zorgmachtiging. De commissie treedt in de verzoekschriftprocedure bij de rechtbank op als verzoeker en is procespartij bij hoger beroep (artikel 358 Rv) en cassatie (artikel 425 Rv). Het wetsvoorstel bevat in tegenstelling tot de Wet bopz geen bepaling die de mogelijkheid van hoger beroep tegen een zorgmachtiging uitsluit. Gelet op de doelstelling van het wetsvoorstel om de positie van de patiënt te versterken, achten wij het niet wenselijk om de mogelijkheid van hoger beroep uit te sluiten. De verplichte zorg die

in de zorgmachtiging is opgenomen betekent voor betrokkene een ernstige beperking van zijn vrijheidsrechten en in veel gevallen tevens een aantasting van de lichamelijke integriteit. Vanwege de aard en duur van de beperkingen waartoe een zorgmachtiging legitimeert en de uitvoerbaarheid bij voorraad, zien wij geen goede gronden om betrokkene het rechtsmiddel van hoger beroep te onthouden. In de huidige praktijk komt de mogelijkheid van een rechterlijk oordeel in tweede instantie in beperkte mate tot zijn recht. Betrokkene die het niet eens is met het oordeel van de rechter, kan tegen deze beslissing weliswaar in cassatie bij de Hoge Raad, maar in de meeste gevallen leidt dit echter niet tot een inhoudelijk oordeel over de beslissing van de lagere rechter. Gelet op de termijn waarbinnen het cassatieberoep doorgaans wordt behandeld, is de geldigheidsduur van de rechterlijke machtiging veelal reeds verstreken op het moment van de uitspraak van de Hoge Raad. In dat geval verklaart de Hoge Raad het beroep niet-ontvankelijk vanwege het ontbreken van een feitelijk belang. In een beperkt aantal gevallen kan uit de overwegingen ten overvloede van de Hoge Raad een inhoudelijk oordeel over het voorliggende verweer worden afgeleid. Het wetsvoorstel beoogt in alle gevallen een rechterlijk oordeel in tweede instantie mogelijk te maken en sluit daarom niet langer de mogelijkheid van hoger beroep uit. In hoger beroep zal de rechter, ook als de geldigheidsduur van de zorgmachtiging of crisismaatregel is verstreken, zich moeten uitspreken over de rechtmatigheid van de beslissing in eerste instantie. Analooq aan het strafrecht, is in situaties waarbij betrokkene van zijn vrijheid wordt beroofd, altijd sprake van een belang bij een oordeel over de rechtmatigheid van de beslissing *ex-tunc*. De ingrijpendheid van de vrijheidsbeperking en de eisen die het EVRM stelt aan toegang tot de rechter noodzaken tot een inhoudelijk oordeel in hoger beroep, behoudens de in de wet genoemde gronden voor niet-ontvankelijkheid.

Met de RvdR zijn wij van mening dat ook het beginsel van rechtseenheid pleit voor de mogelijkheid van hoger beroep. Het wetsvoorstel zal tot nieuwe jurisprudentie aanleiding geven en wij achten het wenselijk dat in hoger beroep snel duidelijkheid kan worden gecreëerd na invoering van de wettelijke regeling. Daarnaast achten wij het wenselijk om de Hoge Raad te ontlasten van de relatief hoge en in zekere zin oneigenlijke werklast als gevolg van het ontbreken van de mogelijkheid van hoger beroep in de Wet bopz.

Crisismaatregel

Het wetsvoorstel maakt het mogelijk dat beroep kan worden ingesteld tegen de beslissing van de burgemeester om een crisismaatregel te nemen. De argumenten die ten aanzien van de zorgmachtiging naar voren zijn gebracht om hoger beroep mogelijk te maken, gelden op gelijke wijze bij de crisismaatregel. Gelet op de aard en duur van de beperkingen achten wij het van belang dat betrokkene de rechter een oordeel kan vragen over de rechtmatigheid van de beslissing van de burgemeester. Mede gelet op de eisen die het EVRM stelt aan toegang tot de rechter bij vrijheidsbeneming van personen met een psychische stoornis, is het wenselijk dat betrokkene met een rechtsmiddel tegen de crisismaatregel op kan komen, anders dan via een verzoek om schadevergoeding. Ook hier geldt dat de mogelijkheid van beroep bij de rechter de rechtseenheid bevordert en de rechtspositie van betrokkene versterkt. Aangezien de rechter bij de beoordeling van de rechtmatigheid van de crisismaatregel eigenlijk als tweede instantie fungeert, is de mogelijkheid van hoger beroep uitgesloten (artikel 7:10, tweede lid).

De rechterlijke toetsing die na afloop van de crisismaatregel plaatsvindt nadat een verzoek is gedaan voor aansluitende zorgmachtiging, biedt niet de beoogde rechtsbescherming van betrokkene. De rechterlijke toetsing

bij de voortzetting biedt alleen de mogelijkheid om de rechtmatigheid van de voortzetting van de verplichte zorg te toetsen, maar niet de rechtmatigheid van de crisismaatregel.

Schadevergoeding

Naast de reeds genoemde rechtsmiddelen voorziet het wetsvoorstel ook in de mogelijkheid van een verzoek om schadevergoeding. Er kan om vergoeding van geleden schade worden verzocht in een klachtprocedure over de toepassing van de verplichte zorg (artikel 10:7) en bij beroep tegen de beslissing van de klachtencommissie (artikel 10:8). Tevens kan schadevergoeding worden gevraagd bij de rechter indien de wet niet in acht is genomen bij een crisismaatregel of zorg voorafgaand aan een crisismaatregel en indien de commissie of de rechter de wet niet in acht heeft genomen (artikel 10:9).

Rechtsbijstand

Uitgangspunt is dat betrokkene niet vanwege financiële drempels weerhouden mag worden van het instellen van rechtsmiddelen. Evenals bij het strafrecht, mag van betrokkene niet worden verwacht dat hij zelf de kosten draagt van de rechtsbijstand die hij nodig heeft om zijn vrijheid te behouden. Het wetsvoorstel voorziet daarom in het recht op gratis rechtsbijstand in procedures op grond van deze wet. Op de commissie, de burgemeester en de rechter rust de verplichting om een last tot toevoeging van een advocaat te geven aan de raad voor de rechtsbijstand.

13. Klachtprocedure

De klachtprocedure biedt de waarborg dat in alle onafhankelijkheid wordt getoetst of de toepassing van de verplichte zorg binnen de grenzen van de zorgmachtiging of de crisismaatregel is gebeven. De klachtregeling is bedoeld als een toegankelijke voorziening, waarbij zo min mogelijk drempels worden opgeworpen voor betrokkene om zijn klachten door een onafhankelijke klachtencommissie te laten beoordelen. In grote lijnen wordt hiermee de klachtprocedure van de Wet bopz voortgezet, zij het dat de onafhankelijkheid van de klachtencommissie beter wordt gewaarborgd. In tegenstelling tot de Wet bopz zal de klachtencommissie niet langer aan de instelling worden verbonden.

De zorgaanbieder dient ten behoeve van de afhandeling van klachten over de uitvoering van de verplichte zorg, aangesloten te zijn bij een onafhankelijke klachtencommissie. De klachtencommissie moet voldoen aan een aantal eisen die een onafhankelijke, zorgvuldige en deskundige afhandeling van klachten waarborgt. Deze onafhankelijke klachtencommissie is al aangekondigd in het programma «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie», dat op 23 mei 2008 naar de Kamer is gezonden. Niet alleen komt een volledig onpartijdige klachtbehandeling de rechtspositie van betrokkene ten goede, ook heeft de klachtencommissie een signalerende rol voor het toezicht door de IGZ.

De voorgestelde klachtprocedure is zo ingericht dat niet alleen de klager maar ook de aangeklaagde bij de rechter in beroep kan tegen een uitspraak van de onafhankelijke klachtencommissie.

14. Handhaving en toezicht

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) herijkt en intensificeert het toezicht op de verplichte zorg in de GGZ door de inzet van het volgende pakket aan toezichtactiviteiten:

1. Opvolgen van meldingen en signalen

Het is essentieel om zo dicht mogelijk bij de patiënt de verantwoordelijkheden voor adequate zorgverlening en rechtsbescherming te beleggen, met een strikte meldplicht van vermeende geconstateerde tekortkomingen op het gebied van verplichte zorg aan de IGZ. Meldingen en signalen hieromtrent worden altijd van opvolging voorzien door de IGZ, conform de Leidraad Meldingen van de IGZ.

Aan de volgende partijen wordt bij deze wet expliciet een signaal- en meldfunctie toegekend:

- a. Signaal- en meldfunctie instellingen en professionals
Bij het vermoeden van onverantwoord uitgevoerde verplichte zorg, dienen zorgaanbieders/geneesheren-directeur/zorgverantwoordelijken/zorgverleners hiervan melding te maken bij de IGZ.
- b. Signaal- en meldfunctie patiëntvertrouwenspersoon
Bij het vermoeden van onverantwoord uitgevoerde verplichte zorg, dient de patiëntvertrouwenspersoon zich als melder te wenden tot de IGZ wanneer de zorgaanbieder (Raad van Bestuur) onvoldoende, niet of niet tijdig reageert op afgegeven signalen.
- c. Signaal- en meldfunctie Commissie
Bij het vermoeden van onverantwoord uitgevoerde verplichte zorg, dient de Commissie zich als melder te wenden tot de IGZ wanneer de zorgaanbieder (Raad van Bestuur) onvoldoende, niet of niet tijdig reageert op afgegeven signalen.

2. Individueel toezicht op individuele meldingen MoM/dwangbehandeling

Thans worden jaarlijks bijna 60.000 meldingen, waaronder de toepassingen van middelen of maatregelen en dwangbehandelingen, die op individuele patiënten worden toegepast, op basis van de Wet Bopz, verplicht aan de IGZ gemeld. Na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel komt de Bopzis-registratie voor de ggz te vervallen en komt het registratiesysteem van de zorgaanbieders zelf hier voor in de plaats (artikel 8:17). De IGZ zet haar toezicht op de verplichte zorg mede op geleide van de geregistreerde individuele meldingen (= individueel toezicht). Hiertoe zal de IGZ jaarlijks, aan de hand van vooraf vastgestelde risicocriteria, een aanzienlijk aantal lopende middelen of maatregelen/dwangbehandelingen ter plaatse onderzoeken, met als doel het signaleren en verhelpen van eventuele tekortkomingen in de individuele zorgverlening en met als doel het opsporen van meer beleidsmatige verbetermogelijkheden binnen de GGZ-instellingen die de gedwongen zorg toepassen.

3. Jaarlijks thematisch toezicht gedwongen zorg

De IGZ houdt via een vaste jaarlijkse thematische ronde toezicht op de verplichte zorg in de GGZ; in het meerjarenbeleidsplan is voorzien in een jaarlijks thema op dit terrein. In het kader van een thematische toezichtronde worden afdelingen van een instelling doorgelicht op de kwaliteit van de verplichte zorg die zij verlenen.

4. Prestatie-indicatoren verplichte ggz

Via de uitrol van prestatie-indicatoren ontvangt de IGZ, in aanvulling op bovenstaande toezichtactiviteiten, informatie over de kwaliteit van zorg in de GGZ-instellingen. In de «basisset prestatie-indicatoren GGZ» is een indicator opgenomen die betrekking heeft op de verplichte ggz.

5. Bestuurlijke handhaving verplichte ggz

De IGZ zal door middel van een bestuurlijke boete of last onder dwangsom optreden tegen verplichte zorg die niet overeenkomstig de wettelijke bepalingen wordt toegepast.

15. Verhouding met grondrechten en andere wetgeving

Verhouding met de Grondwet

De Grondwet beschermt verschillende grondrechten van burgers die in het geding kunnen zijn bij het verlenen van verplichte geestelijke gezondheidszorg. Het betreft het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (artikel 10 Gw), het recht op onaantastbaarheid van het lichaam (artikel 11 Gw) en het verbod op vrijheidsontneming (artikel 15 Gw). Bij de voorbereiding en de uitvoering van de verplichte zorg kan het noodzakelijk zijn dat deze grondrechten worden beperkt. De systematiek van de Grondwet vereist dat deze beperkingen bij wet zijn voorzien of dat de beperking door de rechter getoetst moet kunnen worden (artikel 15 Gw). Gelet op de eisen die de Grondwet stelt aan de beperkingen van grondrechten voorziet het voorstel in een wettelijke grondslag voor zorg waar betrokkene niet mee instemt en voor het vastleggen en verstrekken van persoonlijke gegevens. Deze beperkingen van grondrechten achten wij echter gerechtvaardigd, gelet op de noodzaak om betrokkene zelf en anderen te beschermen tegen het aanzienlijke risico op ernstige schade als gevolg van de psychische stoornis waaraan betrokkene lijdt. Gelet op de aard en duur van de beperkingen van de grondrechten voorziet het voorstel in strenge criteria voor verplichte zorg (artikelen 3:3 en 3:4) en zijn de voorbereiding en uitvoering van verplichte zorg met zware waarborgen omkleed (zie hoofdstukken 5, 6, 7, 8 en 10).

De verplichte zorg kan onder andere bestaan uit het toedienen van medicatie of een gedwongen opname in een gesloten instelling. Aangezien dit een ingrijpende beperking van het recht op onaantastbaarheid van het lichaam (artikel 11 Gw) of de persoonlijke vrijheid (artikel 15 Gw) tot gevolg kan hebben, is voorzien in een zorgvuldige procedure waarbij de rechter de noodzaak voor de beperkingen van de grondrechten vooraf toetst (artikelen 3:3, 3:4 en 6:3) en de toegestane beperkingen van grondrechten in de zorgmachtiging worden vastgelegd. Die beperkingen die de rechter kan opleggen, kunnen uiteraard niet verder strekken dan deze wet toelaat en dienen zodanig op maat te zijn, dat de verplichte zorg betrokkene niet verder dan noodzakelijk in zijn vrijheden beperkt. Bij de uitvoering van de verplichte zorg kan er – behoudens in noodsituaties – niet worden afgeweken van de interventies waartoe de rechter heeft gelegitimeerd en zal voortdurend aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit moeten worden getoetst (artikel 2:1). In gevallen waarbij een acute noodsituatie noodzaakt tot direct ingrijpen en een rechterlijk oordeel niet kan worden afgewacht, kan de burgemeester een crisismaatregel nemen (artikel 7:5 en 7:6), die met goede waarborgen voor betrokkene is omkleed. Zo kan betrokkene, conform artikel 15, tweede lid, Grondwet, bij de rechter in beroep tegen de beslissing van de burgemeester om hem zijn vrijheid te ontnemen of te verplichten tot een medische behandeling (artikel 7:10). Maar ook in het geval dat de rechter al een zorgmachtiging heeft afgegeven en een onvoorzienbare situatie noodzaakt tot acute verplichte zorg, kan de zorgverantwoordelijke een daartoe strekkende beslissing nemen, die eveneens met zware waarborgen is omkleed (artikelen 8:9 tot en met 8:11).

Met het oog op de bescherming van de grondrechten van betrokkene voorziet het wetsvoorstel eveneens in een wettelijke grondslag voor tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel (artikel 7:4).

Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer brengt met zich mee dat het vastleggen en verstrekken van persoonlijke gegevens plaatsvindt op basis van een wettelijke grondslag. De Wet bescherming persoonsgegevens geeft een nadere uitwerking van artikel 10, tweede en derde lid, Grondwet. Verderop in deze paragraaf besteden wij ook

aandacht aan de verhouding tot de Wbp. In het voorstel zijn verschillende bepalingen opgenomen die het vastleggen en het verstrekken van persoonlijke gegevens van betrokkene mogelijk maken (artikelen 5:10 tot en met 5:12, 5:17 tot en met 5:21 en 8:16 en 8:17). Ook hierbij achten wij de beperkingen gerechtvaardigd, gelet op het zwaarwegende algemene belang dat het aanzienlijke risico op ernstige schade als gevolg van een psychische stoornis wordt afgewend.

Verhouding met het internationale recht

In deel 7 van het evaluatierapport van de derde evaluatiecommissie Wet bopz (Internationale ontwikkelingen) is onder meer een analyse gegeven van de eisen die uit het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM) voortvloeien voor (regels over) verplichte zorg. Ook wordt in dit deel uitgebreid aandacht besteed aan andere relevante internationaalrechtelijke documenten, zoals de aanbeveling van de Raad van Europa Recommendation 10 (2004) concerning the protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder (Aanbeveling). Bij de formulering van dit wetsvoorstel is niet alleen rekening gehouden met deze eisen, maar ook met de procedurele waarborgen die hieruit gedestilleerd kunnen worden (zie bijvoorbeeld Derde evaluatiecommissie Wet bopz, Deel 7, Internationale ontwikkelingen, 2007, blz. 37). Artikel 27 van de Aanbeveling bevat strikte normen voor «seclusion and restraint». Zij mogen alleen worden toegepast in daarvoor geschikte voorzieningen, overeenkomstig de beginselen van subsidiariteit, uitsluitend onder medisch toezicht, goed gedocumenteerd en enkel «to prevent immanent harm to the person concerned and others and in proportion to the risk entailed». In het wetsvoorstel wordt geen strikt onderscheid gehanteerd tussen «seclusion and restraint» en andere (ingrijpende) vormen van verplichte zorg. In algemene zin is het niet goed mogelijk om de verschillende vormen van zorg in een piramide van ingrijpendheid te ordenen. De ene patiënt ervaart separatie als minder ingrijpend dan dwangmedicatie, terwijl een ander eenzame afzondering als de meest ingrijpende vorm van verplichte zorg beschouwt. Het wetsvoorstel stelt de beleving en de voorkeuren van de patient centraal en bevat geen arbitraire categorisering van de verschillende vormen van zorg. Alle vormen van verplichte zorg vergen voorafgaande toetsing door de rechter, waarbij de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid leidend zijn (artikel 2:1). Deze toetsing aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid geldt overigens niet alleen voor de rechter, maar voor alle actoren en in alle fasen van de uitvoering van de verplichte zorg (artikel 2:1, derde en tiende lid). Het zorgplan (artikel 5:8, eerste lid) en de zorgmachtiging (artikel 6:3, derde lid) bevatten de maximale duur van de vormen van zorg die mogen worden toegepast, de wijze waarop toezicht wordt gehouden evenals de momenten waarop de verplichte zorg tussentijds geëvalueerd dient te worden. Daarnaast stelt hoofdstuk 8 verschillende eisen aan de uitvoering van de verplichte zorg. Van belang is met name het uitgangspunt dat verplichte zorg in beginsel wordt toegepast op grond van een richtlijn, waarin verschillende zorgvuldigheidseisen zijn opgenomen (artikel 8:3). Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de vormen verplichte zorg worden vastgelegd die uitsluitend op basis van een richtlijn mogen worden verleend. Hierbij kunnen tevens minimumnormen worden vastgelegd (artikel 8:4). In de richtlijn worden zonnodig ook bouwkundige eisen gesteld aan de accommodatie waar de vorm van verplichte zorg wordt verleend. Tezamen met het aanwijzingsbeleid voor accommodaties voor verplichte zorg (artikel 1:1) wordt daarmee gewaarborgd dat bijvoorbeeld separatie alleen kan plaatsvinden in daartoe geschikte locaties.

De systematiek van de wet, de algemene uitgangspunten van hoofdstuk 2, de rechterlijke toetsing vooraf, de specifieke bepalingen ten aanzien van het zorgplan (artikel 5:8), de zorgmachtiging (6:3) en de crisismaatregel, het gebruik van richtlijnen (artikel 8:3 ev) en de zorgvuldigheidseisen bij tijdelijke verplichte zorg in onvoorziene situaties (artikel 8:9) bieden gezamenlijk de waarborg dat de zorgvuldigheidseisen die artikel 27 van de Aanbeveling stelt, in de praktijk worden geëffectueerd.

Deel 7 bevat ook een schets van de (rechts)ontwikkelingen in andere landen, te weten Duitsland, Finland, Noorwegen, Oostenrijk, Schotland, Australië, Canada en Nieuw-Zeeland. De conclusies die de onderzoekers hieruit hebben getrokken, hebben wij ter harte genomen en betrokken bij het opstellen van dit wetsvoorstel. We hebben er echter niet voor gekozen om op zichzelf genomen waardevolle buitenlandse bepalingen «onvertaald» over te nemen in dit wetsvoorstel. Een wettelijke regeling in een bepaald land geeft een weerspiegeling van de maatschappelijke opvattingen en (rechts)tradities in dat land, en is als gesteld resultaat van de consensus daarover niet zonder meer in een ander land toepasbaar.

In de context van de huidige Wet bopz waarin de gedwongen opname centraal staat, is in het bijzonder artikel 5 EVRM en de jurisprudentie daarover van belang. Artikel 5 EVRM bevat een verbod van vrijheidsberoving, en formuleert enkele strikte uitzonderingen daarop waaronder «rechtmatige detentie van geesteszieken, verslaafden aan alcohol of verdovende middelen». Vaste jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) leert dat een gedwongen opname pas gerechtvaardigd is als:

1. er op betrouwbare wijze een geestesstoornis is vastgesteld;
2. die stoornis dermate ernstig is dat een gedwongen opname noodzakelijk is;
3. periodiek wordt herbeoordeeld of de stoornis nog steeds aanwezig is (EHRM, 24 oktober 1979, Winterwerp tegen Nederland, NJ 1980, 114; EHRM, 5 oktober 2000, Varbanov tegen Bulgarije, BJ 2001, nr. 36).

Het wetsvoorstel bevat meer bepalingen die uitdrukking geven aan deze voorwaarden. Het kan alleen een «daartoe gespecialiseerd arts» zijn die een medische kwalificatie in termen van een psychische stoornis kan geven van het gedrag van een persoon (onder 1) (artikelen 5:6, eerste lid, en 7:5, eerste lid). Doorgaans zal hieronder een psychiater moeten worden verstaan. Niet uitgesloten is echter dat onder omstandigheden ook een verslavingsarts of een arts voor verstandelijk gehandicapten als zodanig kan optreden. Bij de formulering van de criteria voor een gedwongen opname als bedoeld onder 2 is aansluiting gezocht bij de aanbeveling van de Raad van Europa (onder meer artikel 17). Voor de toelichting daarop zij verwezen naar de toelichting op het begrip «schade» (artikel 1:1) en hoofdstuk 3. Ten slotte geldt voor de noodzaak van periodieke herbeoordeling, bedoeld onder 3, dat niet alleen de beperkte geldigheidsduur van de zorgmachtiging hiervoor garanties biedt (artikel 6:4), maar ook de regels voor de uitvoering van de zorgmachtiging waarborgen dat de geestelijke gezondheidstoestand van betrokkene continu punt van aandacht blijft (artikelen 6:3, derde lid, onder f, en 8:7, eerste lid). Hiermee voldoet het wetsvoorstel ook aan de uit artikel 5 EVRM voortvloeiende eis dat de beslissing om iemand van zijn vrijheid te benemen wegens een geestesstoornis ten minste gebaseerd is op een actueel medisch-deskundig oordeel (EHRM, 5 oktober 2000, Varbanov tegen Bulgarije, BJ 2001, nr. 36).

Op grond van artikel 5, tweede lid, EVRM, dient een persoon die van zijn vrijheid is beroofd, onverwijld en in een taal die hij begrijpt op de hoogte wordt gesteld op de redenen van zijn vrijheidsberoving (EHRM, 21 februari 1990, A. 170). Ook uit artikel 12.1 van de UN-principles for the

protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, vloeit voort dat betrokkene zo spoedig mogelijk na de opneming in begrijpelijke vorm en taal moet worden geïnformeerd over zijn rechten en de wijze waarop hij zijn rechten kan verwezenlijken. Naar aanleiding van het advies van de Raad van State, is in artikel 2:7 de bepaling opgenomen, dat betrokkene bij de voorbereiding, de afgifte, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg in een voor hem begrijpelijke taal wordt geïnformeerd. Aan artikel 5:13, is een vierde lid toegevoegd, dat bepaalt dat betrokkene recht heeft op bijstand van een tolk, indien hij de Nederlandse taal niet beheerst.

Artikel 5 EVRM is beperkt tot «detentie». Vanwege de reikwijdte van dit wetsvoorstel waarin niet langer de opneming, maar de persoon zelf met een psychische stoornis centraal staat, winnen de artikelen 3 en 8 EVRM aan belang.

Artikel 3 EVRM bevat een verbod van folteringen en onmenselijke of vernederende behandeling. Artikel 8 EVRM bepaalt dat geen inmenging is toegestaan in de uitoefening van het recht op respect voor iemands privé-leven dan voor zover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van – in dit geval – het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen. Overigens sluit de reikwijdte van dit wetsvoorstel waarin de opneming één van de interventies in de zorgketen is, goed aan bij de internationaalrechtelijke ontwikkelingen. In de aanbeveling van de Raad van Europa wordt de opneming ook in de sleutel van de therapeutische doelstelling geplaatst (artikel 17).

Relevant is dat uit de jurisprudentie over de artikelen 3 en 8 EHRM voortvloeit dat een gedwongen interventie op het terrein van de zorg gerechtvaardigd is er daarvoor «naar gangbare medische principes een therapeutische noodzaak» bestaat (EHRM, 24 september 1992, Herczegfalvy tegen Oostenrijk; artikel 17 aanbeveling van de Raad van Europa (10) 2004). Het is zelfs denkbaar dat het onthouden van passende zorg onder omstandigheden een schending van artikel 3 EVRM kan opleveren.

Bij de afweging of sprake is van een therapeutische noodzaak, moeten bij de toepassing van de dwangcriteria meer factoren worden betrokken, zoals het ziektebeeld van betrokkene, zijn persoonlijkheid, (de effectiviteit van) behandelmethoden, en, bij dwangmedicatie, ook de zware bijwerkingen van medicatie. Ook de verwachte duur van een opneming kan uit oogpunt van de bescherming van de gezondheid van de patiënt een van de factoren zijn die meewegen of tot een vorm van gedwongen zorg wordt overgegaan. Uitgangspunt daarbij is dat een langdurige onvrijwillige opname in de meeste gevallen niet in het belang is van betrokkene. Dit betekent immers een langdurige inbreuk op zijn vrijheid, en een situatie waarin hij steeds minder perspectief heeft op een leven buiten de inrichting. Betrokkene loopt het risico geïnstitutionaliseerd te raken en zijn sociale vangnet te verliezen. Een onnodig langdurige gedwongen opname kan de (psychische) gezondheid van iemand ernstige schade berokkenen.

Het betrekken van dergelijke factoren bij de afweging of tot gedwongen zorg moet worden overgegaan, is onderdeel van de voorgeschreven subsidiariteits-, proportionaliteits- en effectiviteitstoets (zie artikel 2:1). Dit komt overeen met de uitgangspunten in de Aanbeveling (zie artikel 19).

In deel 7 van het evaluatierapport wordt naar aanleiding van een schets van de procedurele waarborgen in onder meer de Aanbeveling geconstateerd dat het recht op informatie en de verplichting om betrokkene te betrekken bij besluitvorming rond verplichte zorg daarin veel sterker is geprofileerd dan in de Wet bopz (Derde evaluatiecommissie Wet bopz, Deel 7, Internationale ontwikkelingen, 2007, blz. 54 e.v.). Dit raakt precies de kern van de overwegingen om tot dit wetsvoorstel te komen. Doel van het wetsvoorstel is om de noodzaak van verplichte zorg veel meer tezamen met hem en zijn omgeving vast te stellen. De procedurele waarborgen in de Aanbeveling zijn dan ook, tezamen met aanvullende overleg- en evaluatieverplichtingen, geïncorporeerd in het wetsvoorstel.

Verhouding met de Wet bescherming persoonsgegevens

Waar het recht op privacy in de zin van verstrekking van (bijzondere) persoonsgegevens in het geding is, gelden de voorwaarden die de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) bevat voor het beperken van dit recht. In het bijzonder de artikelen 16 en 23, eerste lid, onder e, van de Wbp zijn voor dit wetsvoorstel van belang. Het College bescherming persoonsgegevens (Cbp) wijst hier in zijn advies over het voorontwerp terecht op. Artikel 16 Wbp bevat de algemene verbodsnorm om persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid te verwerken. Artikel 23, eerste lid, onder e, Wbp bevat een uitzondering op dit verbod als dit noodzakelijk is met het oog op een zwaarwegend algemeen belang. Er moeten dan passende waarborgen worden geboden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer, en ook de uitzondering bij wet worden vastgelegd. Zoals hierboven al is uiteengezet, zijn dit wetsvoorstel en de introductie van de commissie ingegeven door het belang om gedwongen zorg aan personen met een psychische stoornis zoveel mogelijk te beperken. Het behoeft geen betoog dat dit belang als een zwaarwegend algemeen belang is te kwalificeren. Om haar wettelijke taak naar behoren uit te kunnen voeren, zal de commissie de beschikking moeten hebben over (bijzondere) persoonsgegevens van de patiënt, en zullen deze persoonsgegevens ook moeten worden uitgewisseld met personen die ook betrokken zijn bij de procedure voor een zorgmachtiging. Naar aanleiding van het advies van het Cbp zijn de grondslagen voor de verstrekking van (bijzondere) persoonsgegevens in dit wetsvoorstel nader gespecificeerd en aangescherpt (zie bijvoorbeeld de artikelen 5:11, 5:12, 5:18 tot en met 5:21). Het standpunt van het Cbp dat bepalingen die betrekking hebben op het toezenden van afschriften van beslissingen over onvrijwillige zorg aan de commissie niet noodzakelijk zouden zijn, delen wij niet (zie bijvoorbeeld de artikelen 8:11, derde lid, en 8:15). Juist omdat de commissie ook ambtshalve kan adviseren over (verplichte) zorg, zal zij de beschikking moeten hebben over de nodige informatie om deze taak uit te kunnen oefenen. Ook menen wij, anders dan het Cbp, dat het wel nodig is dat de patiëntcontactpersoon in bepaalde omstandigheden kennis krijgt van bijzondere persoonsgegevens. De figuur van patiëntcontactpersoon is in navolging van het advies van de evaluatiecommissie geïntroduceerd om de meest betrokken familieleden intensiever te betrekken bij beslissingen over dwang. De inbreng van deze familieleden kan een grote meerwaarde hebben. Daartoe zullen zij echter wel de beschikking moeten hebben over persoonsgegevens, waaronder medische gegevens van de patiënt. Om te voorkomen dat de kring van personen aan wie persoonsgegevens kunnen worden verstrekt, onnodig groot wordt, is een geheimhoudingsplicht opgenomen in het wetsvoorstel.

Het verdient overigens vermelding dat het EVRM zelf ook kan verplichten tot overlegging van medische gegevens. Artikel 5 EVRM brengt mee dat de beslissing om iemand van zijn vrijheid te benemen wegens een

geestesstoornis gestoeld moet zijn op een medisch-deskundig oordeel over de actuele gezondheidstoestand van de patiënt. De medische verklaring en het zorgplan in de artikelen 5:6 en 5:8 geven hier (mede) uitvoering aan. Overhandiging van deze documenten aan de commissie valt weliswaar onder het verbod van artikel 16 Wbp, maar wordt gerechtvaardigd door de naleving van volkenrechtelijke verplichtingen, zoals het EVRM (artikel 23, eerste lid, onder d, Wbp).

Verhouding met Wgbo

De evaluatiecommissie hanteert als uitgangspunt dat de nieuwe regeling de rechtspositie van de patiënt met een psychische stoornis zoveel mogelijk uitputtend moet vaststellen, zonder dat indeling in één rechtsgebied moet worden nagestreefd (Derde evaluatiecommissie Wet bopz, Voortschrijdende inzichten..., 2007, blz. 116 en 117).

Wij delen deze opvatting, en menen dat een dogmatische benadering niet de praktische overwegingen mag domineren. Een in theorie optimale oplossing kan in de praktijk minder goed werkbaar zijn. Dit kan goed worden geïllustreerd aan de hand van de afbakening tussen de Wgbo en de Wet bopz, die zich op het punt van onvrijwilligheid tot elkaar verhouden als een *lex generalis* en een *lex specialis*. Artsen ervaren het nu als een groot praktisch probleem dat de dwang die de Wet bopz bij een gedwongen opgenomen persoon toestaat, enkel ziet op het wegnemen van gevaar door het verbeteren van de (gevaarveroorzakende) stoornis. Als deze persoon ten gevolge van zijn psychische stoornis behandeling van een ernstige en (levens)bedreigende somatische aandoening weigert, biedt de Wet bopz geen mogelijkheden om tot behandeling over te gaan. De behandeling van de somatische aandoening zal dan op grond van de Wgbo moeten plaatsvinden. Immers, daar waar de Wet bopz niet in een specifiek dwangbehandelingsregime voorziet, geldt de algemene regeling van de Wgbo.

Tegen deze achtergrond zijn wij tot de conclusie gekomen dat het wenselijk is dat wanneer een verzoek voor een zorgmachtiging of een crisismaatregel voor een persoon met een psychische stoornis wordt gedaan in verband met (dreigende) schade die daarvan het gevolg is, ook een gedwongen interventie aan de orde kan zijn ter stabilisatie of herstel van zijn fysieke gezondheid (artikel 3:4, tweede lid). In het zorgplan kan dan zowel worden voorzien in zorg en dwang voor de psychische stoornis als voor de somatische aandoening. Herstel van de fysieke gezondheid zal echter niet het primaire doel van een zorgmachtiging kunnen zijn. De behandeling van de somatische aandoening is alleen mogelijk in samenhang met zorg en dwang die is gericht het herstel van de psychische stoornis. Voor de gevallen waarin enkel herstel van de fysieke gezondheid wordt beoogd, zal de behandeling op grond van de Wgbo plaats moeten vinden.

Verhouding met Wet cliëntenrechten zorg

In het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg wordt de rechtspositie van de cliënt in de zorgsector geregeld. De rechten en plichten die uit het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg voortvloeien zijn ook van toepassing op de verplichte zorg. Wel biedt het onderhavige wetsvoorstel op een aantal punten meer waarborgen en rechten voor de cliënt die verplichte zorg wordt verleend. Bij de voorbereiding van beide wetsvoorstellen zijn de bepalingen zoveel mogelijk op elkaar afgestemd. Beoogt wordt om de klachtprocedure van beide wetsvoorstellen te integreren. Hiertoe zullen in de Wet cliëntenrechten zorg de nodige aanpassingsbepalingen worden opgenomen.

Samenhang met Wet forensische zorg

Dit wetsvoorstel stelt regels voor het verlenen van onvrijwillige zorg aan mensen met een kwetsbare geestelijke gezondheid op grond van een andere dan een strafrechtelijke titel. Het wetsvoorstel forensische zorg bevat regels over zorg voor deze mensen aan wie op basis van een justitiële titel onder dwang of onder drang zorg wordt opgelegd. Het wetsvoorstel forensische zorg bevat regels over de inkoop en financiering van forensische zorg, de indicatiestelling en (over)plaatsing van personen met een dergelijke strafrechtelijke titel. Door middel van het wetsvoorstel forensische zorg wordt uitvoering gegeven aan de motie van het Eerste Kamerlid Van de Beeten uit 2004 (Kamerstukken I 2003/04, 28 979, E).

Net als in dit wetsvoorstel, staat ook in het wetsvoorstel forensische zorg de positie van de persoon met een psychische stoornis centraal. Uitgangspunt is dat, ongeacht de titel en verdere juridische vormgeving, een vergelijkbare psychische problematiek noodzaakt tot vergelijkbare zorg van een kwalitatief goed niveau. Of iemand verdacht wordt van een strafbaar feit, of dat de rechter zich tevens heeft uitgesproken over een strafbaar feit, mag hierbij geen verschil maken. Dit geldt voor zowel personen met een persoonlijkheidsstoornis als personen met psychotische kenmerken, of personen met meervoudige problematiek, de zogeheten veel voorkomende «co-morbiditeit», waarbij zich ook combinaties met verslaving of een verstandelijke beperking voordoen («double trouble», «triple, of zelfs, quadruple cripple»). Het feit dat er afzonderlijke wetgevingsfamilies bestaan voor respectievelijk personen met een strafrechtelijke titel en personen zonder strafrechtelijke titel, doet aan dit uitgangspunt geen afbreuk. Overigens moet bij forensische zorg worden gedacht aan alle geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, indien deze wordt verleend op grond van één van de strafrechtelijke titels die zijn opgenomen in het wetsvoorstel forensische zorg.

Voor mensen die werkzaam zijn binnen de afzonderlijke zorg- en strafketen is wederzijdse erkenning van elkaars deskundigheden, kennis en ervaring, en het (daarmee samenhangende) vermogen om in te zien dat van elkaar kan worden geleerd. Daarbij kan worden gedacht aan vaardigheden op het gebied van «bejegening» die van cruciaal belang zijn voor zowel de zorgverlening als de beveiliging. Hoewel dit hoofdzakelijk een verandering van cultuur betreft, kunnen ook dit wetsvoorstel en het wetsvoorstel forensische zorg hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Met de wetsvoorstellen kunnen wettelijke belemmeringen die een kwalitatief goede zorgverlening in de weg staan, worden weggenomen.

Dit is een punt van aandacht in alle fasen van de zorgverlening, of het nu de «voorkeur», de «achterkeur» of een andere (daaraan voorafgaande) plaats in de zorgketen betreft.

Voorop staat uiteraard dat zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat personen met een psychische stoornis in een justitiële setting belanden. Kwalitatief goede zorg kan bij mensen in het grensvlak tussen straf en zorg preventief werken en een (verdere) criminele carrière voorkomen. Dit vereist ook een goede samenwerking tussen het Openbaar Ministerie (OM) en de ggz. Bij de keuze tussen straf en zorg is het belangrijk dat het OM als «scharnierpunt» een goede ingang bij en een goed overzicht heeft van de ggz-instellingen van het arrondissement waarin de officier opereert. Juist in de fase van de toepassing van het opportuniteitsbeginsel is dit essentieel.

Ook als een persoon zich al in de strafketen bevindt en het OM of de strafrechter op basis van de voorhanden zijnde informatie van mening is dat een persoon beter alsnog, of na afloop van een strafrechtelijke titel, kan worden toegeleid naar het zorgsysteem, moet zijn voorzien in een goede aansluiting tussen beide systemen. Tegen deze achtergrond is in het wetsvoorstel forensische zorg een specifieke voorziening hiervoor getroffen.

In artikel 2.3 juncto het nieuwe artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht (artikel 7.1, onder E) van het wetsvoorstel forensische zorg is een modaliteit geïntroduceerd die het voor de rechter mogelijk maakt om in de daarin bedoelde gevallen toepassing te geven aan het onderhavige wetsvoorstel. De rechter kan echter alleen, als aan de eisen van het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg wordt voldaan, een zorgmachtiging afgeven (zie ter zake ook hoofdstuk 6 van het Algemeen deel van de memorie van toelichting van het wetsvoorstel forensische zorg). Daarmee kan, als dit in verband met de behandeling van de psychische stoornis nodig blijkt, de continuïteit van zorg worden gegarandeerd.

In deze context verdient ook de schakelbepaling van het huidige artikel 51 Wet bopz aandacht. In deze bepaling zijn regels opgenomen voor personen die zich in een gesloten bopz-aangemerkte instelling bevinden en voor wie de Minister van Justitie op grond van een strafrechtelijke titel medeverantwoordelijkheid draagt. Bij de tweede en de derde evaluatie van de Wet bopz is geconstateerd dat artikel 51 Wet bopz onvolkomenheden bevat en ook onjuist is. Ook zijn bij deze evaluaties in de sleutel van artikel 51 Wet bopz aanbevelingen gedaan ter verbetering van de aansluiting tussen het straf- en het zorgsysteem. Artikel 9:1 van dit wetsvoorstel dat strekt tot vervanging van artikel 51 Wet bopz, geeft hier uitdrukking aan. Voor een motivering zij verwezen naar de artikelsgewijze toelichting op artikel 9:1.

Verder is een naadloze aansluiting ook op het punt van verblijfscriteria geboden. Binnen de patiëntenpopulatie bestaan grote verschillen, variërend van patiënten met een chronische psychose met regressieve kenmerken tot patiënten met bijvoorbeeld ernstige persoonlijkheidsproblematiek die als gevolg van agressie een ontwrichtend effect op hun omgeving kunnen hebben. Het is van groot belang dat bij de beoordeling van de verblijfplaats gedifferentieerd kan worden naar categorieën van personen met een psychische stoornis. Zowel binnen de forensische setting als de reguliere ggz komen personen van alle categorieën voor. Zorgvuldig moet dan ook op individueel niveau gekeken worden naar de meest geschikte setting. Daartoe zal worden bezien in hoeverre de verblijfscriteria in de verschillende wetten op elkaar moeten worden afgestemd.

Ten slotte geldt dat voor een optimale aansluiting tussen beide systemen ook de rechtspositionele regels geharmoniseerd zullen moeten worden. In dit wetsvoorstel zijn in hoofdstuk 8 de ervaringen die op dit punt zijn opgedaan met de Wet bopz, de beginselenwetten en de Wet op de jeugdzorg leidraad geweest. Door betrokkenen uit de praktijk is sterk aangedrongen op harmonisatie van de rechtsposities in de genoemde wetten, daar waar dit mogelijk is. Door diverse betrokken medewerkers uit het forensische zijn voorstellen gedaan, ter verbetering en harmonisering van de rechtsposities. De regering zal op basis van deze voorstellen onderzoeken op welke punten mogelijkheden bestaan tot harmonisatie.

Verhouding met het wetsvoorstel tot wijziging van de beginselenwetten in verband met de verruiming van de mogelijkheid tot onvrijwillige geneeskundige behandeling

Dit wetsvoorstel verruimt de mogelijkheden tot dwangbehandeling binnen de justitiële inrichtingen. Het gaat dan om justitiële jeugdinrichtingen, tbs-klinieken en de penitentiair psychiatrische centra. In deze penitentiair psychiatrische centra (die tevens huis van bewaring en gevangenis zijn) zal, gegeven de beperkingen van de detentie-situatie, zorg aan gedetineerden met een psychiatrische aandoening worden geleverd volgens het equivalentie-principe. Dit wil zeggen dat een behandeling wordt aangeboden van een niveau dat vergelijkbaar is met een behandeling die in de gewone maatschappij wordt geleverd. Het doel van de behandeling is stabilisatie en vervolgbehandeling gericht op het verbeteren van de psychische toestand en het algeheel functioneren van betrokkene. Bij de opzet van de regeling tot verruiming van de mogelijkheden van dwangverpleging is aansluiting gezocht bij de criteria van de Wet bopz. Indien de Wet bopz wordt ingetrokken, voorziet het wetsvoorstel in een bepaling waardoor het wetsvoorstel zodanig wordt gewijzigd dat aansluiting wordt gezocht bij de criteria van het onderhavige wetsvoorstel. Met de mogelijkheden van verruiming van de dwangbehandeling in justitiële inrichtingen zal de noodzaak om gedetineerden uit te plaatsen naar een psychiatrisch ziekenhuis, waar dwangbehandeling wel mogelijk is, afnemen.

Verhouding met de Algemene wet bestuursrecht (Awb)

De huidige Wet bopz is grotendeels uitgezonderd van het toepassingsbereik van de Algemene wet bestuursrecht (zie de bijlage bij de Awb). Wel zijn de Awb-normen voor het nemen van besluiten in de huidige situatie naast de Wet bopz van toepassing. Dit is door de derde evaluatiecommissie als een complicerende factor in de uitvoeringspraktijk van de Wet bopz aangemerkt. Zo zijn de behandelaar en de geneesheer-directeur bij de uitoefening van bepaalde bevoegdheden krachtens de Wet bopz zoals het nemen van een beslissing tot dwang, aan te merken als bestuursorgaan in de zin van de Awb. Het is echter allerm minst vanzelfsprekend dat zij voor de toepassing van de daarop betrekking hebbende regels in de Awb de juridische kennis hebben. In het deelonderzoek *De Algemene wet bestuursrecht en de Wet bopz* wordt daarom gepleit voor meer scholing, training en voorlichting over de Awb-normen. De derde evaluatiecommissie geeft in afwijking daarvan juist in overweging om in een nieuwe regeling de toepasselijkheid van de Awb uit te sluiten, en de toepasselijke Awb-normen in de regeling te includeren.

Wij delen deze laatste overweging, zij het op andere gronden. Met intensieve scholing en voorlichting kan wel degelijk worden bereikt dat zorgverleners zich meer bewust worden van de Awb-normen die als bestuursorgaan op hen van toepassing zijn, ook omdat de regels over zorgvuldige besluitvorming samenvallen met gezondheidsrechtelijke kwaliteitseisen. Echter, de relatie tussen de zorgverlener en de patiënt die gedwongen is opgenomen of andere vormen van onvrijwillige zorg ondergaat, heeft een ander karakter dan die tussen de vrije burger en de overheid. Door toepassing van dwang is sprake van een afhankelijkheidsrelatie die niet vergelijkbaar is met het gangbare verkeer tussen burgers en overheid. In die zin is een vergelijking te trekken met de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke beslissingen en andere vrijheidsbenemende maatregelen die van het toepassingsbereik van de Awb zijn uitgezonderd (artikel 1:6, onder a en c, Awb). Om deze reden hebben we aansluiting gezocht bij het systeem van de beginselenwetten, waarin de toepasselijke Awb-normen bij ingrijpende beslissingen zijn geïncorporeerd.

Verhouding met het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten

Dit wetsvoorstel bevat regels voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (wetsvoorstel pggv). Deze sectoren zijn door de derde evaluatiecommissie Wet bopz buiten beschouwing gelaten, omdat voor deze sectoren – conform de aanbeveling van de tweede evaluatiecommissie Wet bopz in 2001 – een afzonderlijke nieuwe regeling in voorbereiding is.

Het wetsvoorstel pggv is ingegeven door het streven om beter dan de (locatiegebonden) Wet bopz aan te sluiten bij de zorg voor mensen met dementie en een verstandelijke beperking. Nu genieten deze mensen, wanneer zij zich niet in een bopz-aangemerkte locatie bevinden, onvoldoende rechtsbescherming wanneer op hen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast.

In het (persoonsvolgende) wetsvoorstel worden onder meer strengere regels aan de totstandkoming en de toepassing van een zorgplan gesteld, dat de basis zal vormen voor het verlenen van (onvrijwillige) zorg. Ook aan het aspect van vertegenwoordiging wordt nadrukkelijk, en meer dan in het huidige kader van de Wet bopz, aandacht besteed. Vaak gaat het immers om mensen die niet (meer) bij machte zijn om hun wil te uiten.

Het wetsvoorstel bevat voorts een opnemingsregeling voor reguliere- en noodsituaties.

Gezien de samenhang tussen de drie doelgroepen is denkbaar dat op termijn één regeling voor de drie sectoren gaat gelden. In beide wetsvoorstellen wordt het (locatiegebonden) karakter van de Wet bopz immers losgelaten, en staat het vraagstuk van passende zorg voor betrokkene centraal. Gedacht kan dan worden aan een horizontaal wettelijk kader waarin verbanden worden gelegd tussen de doelgroepen. Zoals Actiz terecht opmerkt, zal daarin tegelijkertijd ook ruimte moeten bestaan voor de eigenheid van de doelgroepen.

Omdat het wetsvoorstel pggv in de tijd voorloopt op het onderhavige wetsvoorstel, vindt de afbakening van het eerstgenoemde wetsvoorstel plaats met de Wet bopz. In het wetsvoorstel pggv is hiertoe een wijzigingsbepaling van de Wet bopz opgenomen, waarin is bepaald dat de Wet bopz niet van toepassing is op cliënten die vallen onder het cliëntbegrip van de Wet pggv. Na inwerkingtreding van het onderhavige wetsvoorstel zal een soortgelijke afbakening plaatsvinden met de Wet pggv.

16. Financiële gevolgen van het wetsvoorstel

De invoering van het wetsvoorstel zal op verschillende punten verandering aanbrengen ten opzichte van de huidige uitvoering van de Wet bopz. In het bijzonder zal de introductie van de commissie, die op basis van een hoorzitting de rechter gaat adviseren over verplichte zorg, meer kosten met zich meebrengen dan de huidige procedure. Tegelijkertijd beoogt het wetsvoorstel de kosten van de verplichte geestelijke gezondheidszorg te reduceren. Ter toelichting kan het volgende dienen.

Het project Pilotcommissies Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg heeft afgezien van een kosten en baten analyse van de commissies. Het experimentele karakter van de pilots waarbij een nieuwe werkwijze moest worden ontwikkeld en het beperkte aantal hoorzittingen, vormden onvoldoende basis voor een reële inschatting van de kosten en baten van de commissies. Het project leverde onvoldoende inzicht in de mate waarin

kwalitatieve opbrengsten zich daadwerkelijk zullen voordoen. De rapportage van de Stuurgroep van het project geeft daarom aan dat verder onderzoek naar introductie en vormgeving van de commissies gewenst is. De pilots en de daarbij behorende nulmeting, alsmede het advies van de stuurgroep geven echter wel inzicht in de noodzakelijke voorbereidingen die moeten worden getroffen alvorens het wetsvoorstel in werking kan treden.

Voor een zorgvuldige voorbereiding van de implementatie dient dan ook ruim de tijd te worden genomen. Met het oog daarop zal vanaf 2011 zowel op de begroting van het ministerie van VWS als op die van het ministerie van Justitie jaarlijks € 1 miljoen worden gereserveerd ten behoeve van de voorbereidingen van de implementatie. Bij de invoering van de wet moet rekening worden gehouden met de financiële gevolgen voor de begrotingen van Justitie en VWS van het installeren en laten functioneren van commissies. Afhankelijk van de taken die de commissies moeten uitvoeren en de wijze waarop de commissies vorm gegeven zullen worden, gaat het daarbij om een bedrag van € 7,5 tot € 30 miljoen.

Gelet op de zeer beperkte budgettaire ruimte, zal wellicht gekozen moeten worden voor een gefaseerde invoering van het wetsvoorstel, waarbij het wetsvoorstel of onderdelen daarvan later in werking treden. De inwerking-tredingbepaling van het wetsvoorstel laat ruimte voor een dergelijke gefaseerde inwerkingtreding. Naar aanleiding van het advies van de stuurgroep zal worden gezien of een vereenvoudigde werkwijze van de commissie voor bepaalde zaken of een andere opzet van de commissies tot de mogelijkheden behoort. Zonodig kan dit tot aanpassing van het wetsvoorstel leiden.

Naast de eerder genoemde kosten zijn er ook enkele kleinere en mogelijk substantiële besparingen.

Door het wegvallen van de taak bij het openbaar ministerie wordt € 0,5 miljoen bespaard, een gelijk bedrag wordt bespaard bij de IGZ vanwege het wegvallen van de registratie in Bopzis.

Voorts levert het wetsvoorstel op het terrein van het ministerie van VWS besparingen op, omdat wordt bijgedragen aan een reductie van intramurale geestelijke gezondheidszorg. Het wetsvoorstel gaat uit van «zorg op maat», waarbij het beginsel van subsidiariteit met zich meebrengt dat betrokkene tot de minst verregaande vorm van zorg wordt verplicht. Verplichte ambulante /extramurale geestelijke gezondheidszorg gaat uitdrukkelijk tot de mogelijkheden behoren, gedwongen zorg is niet langer gekoppeld aan een opname. Daarmee wordt het mogelijk eerder in te grijpen met een korte en lichte interventie. De commissie verplichte geestelijke gezondheidszorg kan een belangrijke bijdrage leveren in het verkennen van de mogelijkheden van ambulante /extramurale zorg voor betrokkene en de rechter dienovereenkomstig adviseren. Indien zou worden aangenomen dat een reductie met 10% van het aantal verplichte intramurale geestelijke gezondheidszorg is te realiseren, doordat ambulante verplichte geestelijke gezondheidszorg mogelijk wordt, levert dit een besparing op van € 11,5 miljoen. Dit is een voorzichtige schatting. De «Toekomstverkenning intramurale GGZ» die het Trimbos Instituut in opdracht van het Centrum Zorg en Bouw van TNO in 2009 heeft uitgevoerd schets een optimaliseringsscenario, waarbij een reductie van 30% van de intramurale capaciteit kan worden bereikt.

Door een betere voorbereiding van het verplichte zorgtraject en de tussentijdse evaluaties van de geboden zorg zal de gemiddelde duur van de zorg worden verkort. Indien wordt aangenomen dat de gemiddelde duur van opname met een week wordt verkort levert dit een besparing op

van ruim € 13 miljoen. Naarmate de nieuwe werkwijze ingeburgerd raakt, behoort een verdere verkorting van de gemiddelde behandelduur tot de mogelijkheden. Iedere dag verkorting van de gemiddelde behandelduur levert een besparing op van bijna € 2 miljoen.

Genoemde besparingen doen zich voor in de premiesfeer en kunnen niet rechtstreeks worden aangewend voor de financiering van de structurele kosten van het wetsvoorstel. Reductie van de intramurale geestelijke gezondheidszorg wordt, zowel in de brede heroverwegingen inzake de langdurige zorg en inzake de curatieve zorg bij de voorstellen tot besparing opgevoerd. Het onderhavige wetsvoorstel biedt de structuur om voor de verplichte geestelijke gezondheidszorg tot een reductie van intramurale zorg te komen, de duur van de intramurale zorg te bekorten en tegelijkertijd de kwaliteit van die zorg te verbeteren.

Voor de rechterlijke macht is een besparingseffect te verwachten door de bemiddelende rol van de commissie, waardoor minder verzoekschriften aan de rechter zullen worden voorgelegd. De mogelijkheid dat de zorgmachtiging kan worden afgegeven voor ambulante verplichte zorg los van een opname is nieuw. In het advies van de Raad voor de rechtspraak wordt uitgegaan van een geringe werklastverzwaring daarvan voor de rechterlijke macht. Echter zoals hiervoor aangegeven zal het afgeven van een zorgmachtiging voor ambulante verplichte zorg in de plaats komen van een zorgmachtiging voor intramurale zorg. Het invoeren van het hoger beroep zal leiden tot een verzwaring van de werklast bij de gerechtshoven. Daar staat tegenover dat de werklast bij de Hoge Raad zal verminderen als gevolg van een afname van het aantal cassatieberoepen. Vooral nog is het de verwachting dat de totale financiële consequenties voor de rechtspraak inclusief de Hoge Raad per saldo uiterst gering zullen zijn. De wijzigingen dan wel verschuivingen in de werklast van de rechterlijke macht en de financiële consequenties daarvan zullen te zijner tijd door de Raad voor de rechtspraak verwerkt worden.

HOOFDSTUKSGEWIJZE TOELICHTING

HOOFDSTUK 1 Begripsbepaling

Artikel 1:1 bevat de begripsbepalingen. Een aantal begrippen wordt hieronder nader toegelicht.

Zorg

Onder het begrip zorg worden alle interventies op het terrein van de zorg verstaan die onder het bereik van een zorgmachtiging of een crisismaatregel kunnen vallen. Gedacht kan worden aan ambulante zorg (huishoudelijke ondersteuning, begeleiding, (andere) vormen van (thuis)zorg betreffende verzorging of verpleging), ambulante behandeling (medicatie, deelname aan therapieën) of intramurale behandeling (opname, behandeling of verzorging, medicatie, verschillende vormen van beveiliging). Zie ook paragraaf 8 van het algemeen deel van deze toelichting. De opneming, de interventie die in de huidige Wet bopz centraal staat, zal in dit systeem slechts één van de interventies in de zorgketen zijn waarvan de rechter kan bepalen dat en wanneer ze nodig zijn.

Waar er overlap is met het begrippenkader met de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verdient vermelding dat het niet de bedoeling is dat met het gebruik van bepaalde begrippen een aanspraak als bedoeld in de AWBZ wordt gevestigd. Het wetsvoorstel bevat, anders dan de AWBZ, geen financieringsregeling.

Verplichte zorg

Verplichte zorg is de zorg waartegen iemand met een psychische stoornis zich verzet. Dit betekent in combinatie met de toepassing van de criteria voor verplichte zorg een wijziging ten opzichte van de Wet bopz, die ten aanzien van de psychiatrische patiënt het bereidheidscriterium hanteert (artikel 2 Wet bopz). In het algemeen deel is in paragraaf 6 reeds ingegaan op de redenen daarvoor.

Om deze reden zoeken wij aansluiting bij de invulling van verzet, zoals deze in de praktijk handen en voeten heeft gekregen. Dit komt erop neer dat er enige eisen van consistentie en persistentie aan verzet kunnen worden gesteld («reëel» verzet). Zie ter zake verder de praktijkreeks betreffende de implementatie van de Wgbo, van Wet naar praktijk, deel 2.

Schade

Het begrip «schade» kan niet los worden gelezen van het doel van en de criteria voor verplichte zorg. Daaruit blijkt dat er geen materiële uitbreiding ten opzichte van de toepassing van het huidige gevaarscriterium wordt beoogd. De opsomming in onderdeel d bevat slechts een feitelijke aanduiding van de gevolgen van de causale relatie tussen aandoening en gedrag. Omdat de huidige opsomming in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet bopz betrekkelijk willekeurig en ongelijksoortig is, en bovendien geen expliciete referentie bevat aan het gevaar in de zin van de laatste wijziging van de Wet bopz (wet van 25 februari 2008, Stb. 80), is voor deze benadering gekozen.

Voor de duidelijkheid zij opgemerkt dat met «een verstoorde ontwikkeling» op meer situaties wordt gedoeld. Dit criterium kan betrekking hebben op kinderen- en jeugdigen, waarbij de ontwikkeling naar de volwassenheid ernstig verstoord wordt door de psychische stoornis waaraan zij zelf lijden. Dit betekent dat kinderen onvrijwillige zorg kan worden verleend als hun psychische stoornis de eigen ontwikkeling ernstig verstoort. Maar ook in de situatie dat één van beide ouders als gevolg van een psychische stoornis die tot een verstoorde ontwikkeling leidt of heeft geleid, onvoldoende in staat is om het kind op te voeden, kan aan deze ouder onvrijwillige zorg worden verleend. De schade in de vorm van een verstoorde ontwikkeling ziet ook op de gevallen waarin de ontwikkeling van de foetus ernstig wordt geschaad, bijvoorbeeld doordat een zwangere vrouw als gevolg van haar psychische stoornis zichzelf ernstig verwaarloost of verslaafd is geraakt. In die gevallen dat bijvoorbeeld door ernstige ondervoeding of het gebruik van drugs of alcohol de schade aan de foetus zo ernstig is, dat er na de geboorte sprake zal zijn van blijvende schade of een verstoorde ontwikkeling, kan een zwangere vrouw verplicht worden tot behandeling van haar psychische stoornis ter bescherming van haar ongeboren kind. Aangezien de schade aan de foetus zich ook in de eerste weken van de zwangerschap kan voltrekken, ligt een ondergrens in weken bij toepassing van het schadecriterium bij schade aan de foetus niet in de rede.

Het moge duidelijk zijn dat de beginselen van ultimum remedium en proportionaliteit zwaar gewogen moeten worden bij het besluiten om over te gaan tot verplichte zorg bij zwangeren. Eerst moet de zwangere de mogelijke alternatieven voor vrijwillige zorg hebben afgewezen voordat tot verplichte zorg kan worden overgegaan. Vervolgens moeten de toe te passen maatregelen in de juiste verhouding staan tot het risico op schade voor het ongeboren kind. Dit betekent dat verstokte rokers of zij die één glaasje alcohol per dag drinken niet in aanmerking kunnen komen voor dwangbehandelingen. Deze levensstijl leidt naar de huidige inzichten niet tot een dermate grote schade aan de foetus, dat een dwangbehandeling

zou voldoen aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. In ieder concreet geval moet een afweging plaatsvinden tussen de verschillende risicofactoren: naarmate er sprake is van een groter risico op het toebrengen van ernstige schade aan de vrucht (vanwege de aard, de frequentie en de intensiteit van het middelengebruik), zal verplichte zorg eerder aan de orde zijn. Bij de toetsing van de noodzaak voor verplichte zorg moeten ook andere factoren worden meegewogen, zoals de mogelijke wilsonbekwaamheid van de verlaafde zwangere. Als er sprake is van ernstige verloederings, kan verplichte zorg niet alleen gerechtvaardigd zijn met een beroep op het belang van haar toekomstige kind, maar ook met een beroep op het belang van de vrouw zelf.

Ook bij volwassenen, zoals bij personen met een verstandelijke beperking, kan er sprake zijn van een verstoorde ontwikkeling. Verplichte zorg kan er dan op gericht zijn hun ontwikkelingsmogelijkheden te vergroten. Duidelijk moge zijn dat, zoals de Stichting Pandora terecht opmerkt, dat «een verstoorde ontwikkeling» bij een persoon met een psychische stoornis niet ertoe kan leiden dat aan een ander die daardoor beschadigd raakt, verplichte zorg kan worden opgelegd. Het gaat in alle situaties om verplichte zorg aan degene die als gevolg van een psychische stoornis een verstoorde ontwikkeling doormaakt of heeft doorgemaakt.

In de definitie van schade wordt een onderscheid gemaakt tussen materiële schade en financiële schade. Bij materiële schade kan worden gedacht aan situaties waarbij het aanzienlijke risico bestaat dat betrokkene als gevolg van zijn psychische stoornis brand zal stichten of ernstige vernielingen aan zal richten. In genoemde voorbeelden ligt in de materiële schade ook financiële schade besloten. Daarnaast zijn echter ook situaties denkbaar waarbij er alleen sprake is van financiële schade, bijvoorbeeld wanneer betrokkene onder invloed van zijn psychose besluit om in opties te gaan handelen en daarbij onverantwoorde risico's neemt, waardoor hij diep in de schulden zou kunnen belanden, met alle daarbij behorende risico's van maatschappelijke teloorgang.

Tenslotte is het van belang dat de schade niet los kan worden gezien van het criterium voor verplichte zorg (artikel 3:3). Dit betekent dat het voornemen tot verplichte zorg altijd getoetst moet worden aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Bij deze toets dienen de ernst van de schade en de ingrijpendheid van de verplichte zorg zorgvuldig tegen elkaar worden gewogen.

Zorgaanbieder, geneesheer-directeur en zorgverantwoordelijke

De aanduidingen van zorgaanbieder en zorgverantwoordelijke zijn, grofweg, vergelijkbaar met wat onder de Wet bopz wordt verstaan onder respectievelijk psychiatrisch ziekenhuis en instelling (zorgaanbieder), en behandelaar of degene die namens hem zorg verleent (zorgverantwoordelijke). Ten opzichte van de Wet bopz is het begrippenkader gemoderniseerd.

Vertegenwoordiger

In een aantal situaties kan het noodzakelijk of wenselijk zijn dat een vertegenwoordiger de belangen van betrokkene behartigt. In de eerste plaats kan op grond van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek een wettelijke vertegenwoordiger zijn aangewezen. Artikel 1:1 bepaalt daarnaast dat indien betrokkene nog minderjarig is, de ouders of de voogd die het gezag uitoefenen bij toepassing van deze wet van rechtswege als vertegenwoordiger optreden. Indien een meerderjarige persoon niet tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat is, zal de partner of een naast

familielid als vertegenwoordiger kunnen optreden. Naast deze vormen van (verplichte) vertegenwoordiging, kan betrokkene ook zelf een persoon aanwijzen die zijn belangen behartigt. Betrokkene heeft daarbij de vrijheid om zelf te bepalen wie hij machtigt als zijn vertegenwoordiger, mits dit niet leidt tot belangenverstremming. Ter voorkoming van tegengestelde belangen bepaalt artikel 2:4, eerste lid, dat personen die betrokken zijn bij de (verplichte) zorg niet kunnen worden gemachtigd om als vertegenwoordiger op te treden.

Patiëntcontactpersoon

In het algemeen deel van de toelichting is de rol van de patiëntcontactpersoon al uitvoerig toegelicht.

Bij de keuze van een patiëntcontactpersoon wordt een onderscheid gemaakt tussen minderjarigen en volwassenen. Bij minderjarigen zijn de ouders de eerst aangewezen patiëntcontactpersonen, tenzij zij uit het ouderlijk gezag zijn ontzet of ontheven. Als de ouders niet als patiëntcontactpersoon kunnen optreden kan betrokkene een familielid of directe naaste machtigen om als patiëntcontactpersoon op te treden. Het uitgangspunt is dat betrokkene zelf zijn vertegenwoordiger mag uitkiezen en aanwijzen. Soms zal betrokkene hier echter niet tot in staat zijn. Ontbreekt ook een specifiek gemachtigde dan bepaalt dit onderdeel in welke volgorde van voorkeur een patiëntcontactpersoon moet worden aangewezen. De volgorde van voorkeur is: broer of zus, grootvader of grootmoeder, een ander lid van de familie, partner of een directe naaste. Bij volwassenen is de partner in plaats van de ouders de eerst aangewezen patiëntcontactpersoon. Indien betrokkene geen partner heeft, kan een familielid of directe naaste worden gemachtigd als patiëntcontactpersoon. Ontbreekt ook de specifiek gemachtigde dan geldt als volgorde van voorkeur: een meerderjarig kind, de ouders (voor zover niet uit ouderlijke macht ontzet of ontheven), broer of zus, grootvader of grootmoeder, een ander lid van de familie of een directe naaste.

De patiëntcontactpersoon moet onderscheiden worden van de wettelijke vertegenwoordiger (artikel 1:1). Indien op grond van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek een wettelijke vertegenwoordiger is aangewezen, treedt deze op als vertegenwoordiger van betrokkene en zal uit dien hoofde ook betrokken moeten worden bij de voorbereiding, de uitvoering en beëindiging van verplichte zorg. De patiëntcontactpersoon daarentegen vertegenwoordigt de familie en directe naasten en fungeert daarbij als centraal aanspreekpunt voor de commissie, de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke. De patiëntcontactpersoon zal op zijn beurt de andere familieleden en overige naasten waar nodig moeten informeren en betrekken bij de onvrijwillige zorg.

Accommodatie

Bij de beschrijving van de accommodatie is er rekening mee gehouden dat er ook locaties zijn waar zorg wordt verleend, zonder dat het een instelling in de traditionele zin is die gericht is op het verlenen van zorg (zie de huidige begripsbepaling van «psychiatrisch ziekenhuis» in artikel 1, onderdeel h, van de Wet bopz). Zo kan ook een gebouw dat in stand wordt gehouden door een woningcorporatie maar dat bestemd is voor personen aan wie (thuis)zorg worden verleend, als accommodatie worden aangemerkt.

HOOFDSTUK 2 Algemene uitgangspunten en reikwijdte

Wij hebben in navolging van de aanbevelingen van de evaluatiecommissie een uitdrukkelijke referentie aan een aantal basisprincipes in het wetsvoorstel opgenomen (considerans en hoofdstuk 2). Deze beginselen volgen thans slechts impliciet uit de Wet bopz. De NVVR heeft opgemerkt dat het niet duidelijk is of het hier om streefnormen of toetsingsgronden gaat. Hoofdstuk 2 bevat geen dwingende en rechtens afdwingbare rechtsnormen, maar om uitgangspunten die gelden voor alle uitvoerders van het wetsvoorstel. Er is dus sprake van streefnormen, waarop de uitvoerders van het wetsvoorstel kunnen worden aangesproken. Zij zullen hun (voorgenomen) beslissingen dus ook aan de hand van de uitgangspunten moeten motiveren. Dat in hoofdstuk 3 analoge normen staan die wel als toetsingsgrond zijn aan te merken, doet aan het karakter van hoofdstuk 2 niets af.

In artikel 2:1 is het ultimium remedium-beginsel verankerd. Het ultimium remedium-beginsel brengt mee dat het voorkomen van dwang centraal staat in het wetsvoorstel. Eerst zullen alle alternatieven die op vrijwilligheid gebaseerd zijn volledig moeten worden benut, voordat dwang kan worden overwogen. Dwang kan alleen in uiterste noodzaak worden ingezet en mag niet uit onmacht worden toegepast.

Het ultimium remedium-beginsel veronderstelt een adequaat zorgaanbod voor mensen die vrijwillige zorg wensen of daarop aangewezen zijn. Binnen de ggz zijn reeds diverse initiatieven op dit terrein ontplooid, bijvoorbeeld door het opzetten van multidisciplinair samengestelde bemoeizorgteams (zogenoemde ACT (Assertive Community Treatment)-teams) die actief op zoek gaan naar mensen met een psychische stoornis die zelf de zorg mijden. Met drang, aandacht en overtuigingskracht kunnen de ACT-teams mensen bewegen om hun geestelijke gezondheid en leefomstandigheden (met behulp van deze teams) zelf dusdanig te verbeteren dat onvrijwillige zorg kan worden voorkomen. De ACT-teams verlenen hulp en bijstand in alle aangelegenheden die zich bij de individuele patiënt aandienen (huisvesting, behandeling, schuldsanering, scholing, ondersteuning en begeleiding sociale en dagelijkse activiteiten, etc.). Het Platform GGZ pleit voor een wettelijke verplichting voor de zorgaanbieder tot instelling van ACT-teams in elke regio in Nederland. Wij zien de noodzaak van de beschikbaarheid van ACT-teams in elke regio. Een aanpak «op maat» door de ACT-teams die is gericht op het voorkomen van onvrijwillige zorg, onderstrepen wij van harte. Toch zien wij geen reden tot het opnemen van een dergelijke verplichting. De organisatie van de zorg is een primaire verantwoordelijkheid van de ggz-instellingen zelf en geen taak van de overheid. De ggz-instellingen zullen zelf nieuwe ontwikkelingen moeten stimuleren die gericht zijn op het voorkomen van dwang en een adequaat en kwalitatief goed zorgaanbod moeten bieden, dat de noodzaak voor onvrijwillige interventies tot een minimum reduceert. Hoewel in de nieuwe wettelijke regeling slechts een beperkte koppeling tussen de onvrijwillige zorg en vrijwillige zorg kan worden gelegd, zal die er in de praktijk van de zorg wel degelijk moeten zijn om het ultimium remedium-beginsel gestalte te kunnen geven. De nieuwe wettelijke regeling zal daarom vergezeld moeten gaan met voortdurende aandacht voor preventie en verdergaande professionalisering van de zorg.

Ook het beginsel van wederkerigheid is een belangrijk uitgangspunt dat volgens de evaluatiecommissie tot uitdrukking moet komen in het wetsvoorstel (artikelen 2:1, vierde lid en 5:8, eerste lid, onderdeel d). Dit beginsel brengt mee dat tegenover de legitimatie om een vergaande inbreuk te plegen op iemands fundamentele vrijheid, een inspanningsver-

plichting staat om kwalitatief goede zorg te bieden. Dit moet ruim worden opgevat, en impliceert ook dat gedurende de periode waarin dwang wordt toegepast, aandacht moet worden besteed aan voorzieningen als huisvesting en middelen van bestaan die noodzakelijk zijn alvorens de onvrijwillige zorg te kunnen beëindigen. Ook zal al tijdens de gedwongen zorgverlening moeten worden getracht om betrokkene ontvankelijk te krijgen voor vrijwillige zorg die daarop kan volgen. Deze aspecten scharen wij onder de noemer «nazorg». In zekere zin is dit een ongelukkige term, omdat ze veronderstelt dat er sprake is van een aparte vorm van zorg die volgt op een periode van dwang. Wij zien het bieden van «nazorg» veel meer als een structurele investering in de continuïteit van zorg, dan als een kortdurende op zichzelf staande interventie.

In aanvulling op de toelichting in het algemeen deel nog enkele opmerkingen in de context van het leidende ultimatum-remedium-beginsel. Het uitgangspunt dat dwang alleen als ultimatum remedium kan worden toegepast brengt mee dat eerst de mogelijkheden voor vrijwillige zorg volledig moeten worden benut. In dit kader speelt de kwaliteit van de zorgverlening een cruciale rol. De noodzaak van dwang wordt beïnvloed door de kwaliteit van zorg. Het komt voor dat zorgverleners en betrokkenen niet bij machte zijn om met elkaar te communiceren over de noodzaak tot zorg. Dit kan ertoe leiden dat de zorgverleners uiteindelijk uit machteloosheid grijpen naar ingrijpende interventies als separeren of de Zweedse band, en daarbij de verbinding met de betrokkene volledig verliezen. Het isolement waarin betrokkene raakt, kan vervolgens aanleiding zijn voor gedrag dat voor de zorgomgeving nog moeilijker te hanteren is. Omdat een goede verstandhouding tussen de zorgverlener en de betrokkene essentieel is, moet dwang als uiting van machteloosheid worden voorkomen. Er zijn op veel niveaus organisaties actief die (elk vanuit het eigen perspectief en dus met verschillende gezichtspunten) aandacht vragen voor dit onderwerp (zie bijvoorbeeld de richtlijn Dwang en drang van de NVVP, Stichting mindrights, Zorg voor beter).

Alleen als de vrijwillige alternatieven niet effectief blijken om de risico's op schade afdoende te beperken of de betrokkene zich aan vrijwillige zorg onttrekt, kan dwang worden overwogen. Daarvoor is echter wel vereist dat de onvrijwillige zorg naar verwachting effectief zal zijn. Van effectieve zorg zal in de drie volgende situaties sprake zijn. Allereerst is dit het geval als de onvrijwillige zorg ertoe bijdraagt dat het risico op ernstige schade wordt weggenomen. Maar ook als de ernst en de duur van de schade kan worden beperkt, kan dwang worden toegepast. Dit criterium beoogt aan te sluiten bij de uitbreiding van de dwangbehandelingsmogelijkheden die in de Wet bopz zijn opgenomen (wet van 25 februari 2008, Stb. 80). Ten slotte is dwang gerechtvaardigd om de beperkingen weg te nemen die een leven in zelfstandigheid belemmeren. Hiermee wordt aansluiting gezocht bij het door de evaluatiecommissie geformuleerde uitgangspunt om te streven naar herstel van de autonomie van de betrokkene, die hij (gedeeltelijk) verloren heeft als gevolg van zijn psychische stoornis.

Artikel 2:1, eerste lid

Het eerste en tweede lid benadrukken het grote belang van voldoende aanbod van vrijwillige zorg bij het voorkomen van onvrijwillige zorg. Het ontbreken van adequate voorzieningen mag er niet toe leiden dat een persoon met een psychische stoornis verstoken blijft van de noodzakelijke zorg en zijn situatie zodanig verslechtert, dat er een aanzienlijk risico op ernstige schade ontstaat en onvrijwillige zorg als uiterste middel noodzakelijk wordt. Uitgangspunt is dat eerst de mogelijkheden voor vrijwillige zorg volledig worden benut, voordat dwang overwogen kan worden. Het eerste lid bepaalt dat er een daadwerkelijk aanbod van

vrijwillige zorg voorhanden dient te zijn. Op de zorgaanbieders en de directeuren zorgkwaliteit rust de verplichting om dit aanbod van vrijwillige zorg te realiseren.

Artikel 2:1, tweede lid

Het tweede lid bepaalt dat de mogelijkheden voor vrijwillige zorg volledig moeten zijn uitgeput, voordat onvrijwillige zorg kan worden overwogen. Uitgangspunt is dat er eerst naar een alternatief op basis van vrijwilligheid wordt gezocht. In acute crisissituaties kunnen het gevaar en de risico's echter zo ernstig en onmiddellijk dreigend zijn dat het benutten van vrijwillige alternatieven niet verantwoord is. In dergelijke uitzonderlijke situaties kan zonder afbreuk te doen aan het ultimatum remedium beginsel tot onvrijwillige zorg worden besloten, indien redelijkerwijs kan worden verwacht dat zorg op basis van vrijwilligheid niet effectief zal zijn. Een kwalitatief hoogwaardige hulpverlening is een belangrijke factor voor het slagen van deze nieuwe wet. Om voldoende mogelijkheden voor zorg te kunnen waarborgen is en wordt gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. Zo is GGZ Nederland, de brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Nederland samen met enkele ledeninstellingen bezig met het ontwikkelen van veldnormen «intensive care» in de GGZ. De veldnormen moeten resulteren in alternatieven voor het gebruik van dwangmaatregelen. Daarnaast moeten de normen leiden tot een richtlijn die voorschrijft hoe de hele geestelijke gezondheidszorg omgaat met dwangtoepassingen. De veldnormen zijn naar verwachting in maart 2010 gereed. Een ander voorbeeld van kwaliteitsverbetering van de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg is het project Terugdringen Dwang en Drang van GGZ Nederland. Het project is gericht op de verbetering van de praktijk en verandering van de cultuur in de hulpverleningsinstellingen waar het gaat om dwangtoepassingen. Extra investeringen zijn noodzakelijk om ervoor te zorgen dat de GGZ aan de gestelde kwaliteitseisen kan voldoen. Evenals in 2009, stelt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2010, 2011 en 2012 € 5 miljoen euro beschikbaar aan de instellingen om met behulp van projecten, genoemd in de Beleidsregel Dwang en Drang in de geestelijke gezondheidszorg, het aantal separaties te verminderen.

Artikel 2:1, derde lid

In zowel de fase van de voorbereiding als van de uitvoering van de verplichte zorg is het van belang dat de zorg op maat is. Dit betekent dat de interventies enerzijds de vrijheid van betrokkene niet verder mogen beperken dan noodzakelijk is, maar tegelijkertijd ook afdoende moeten zijn om het aanzienlijke risico op ernstige schade af te kunnen wenden. Teneinde zorg op maat te kunnen bieden, vereist het derde lid dat bij de voorbereiding, de afgifte, de uitvoering en de beëindiging van een zorgmachtiging of crisismaatregel aan de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid van de zorg wordt getoetst. Deze voortdurende toetsing door alle actoren die bij de uitvoering van de wet betrokken zijn, moet er toe leiden dat de verplichte zorg niet in strijd komt met het ultimatum remedium beginsel. Bij de uitvoering zal moeten worden beoordeeld of er geen lichtere interventies mogelijk zijn en of de verplichte zorg effectief is en het aanzienlijke risico op ernstige schade ook daadwerkelijk wegneemt. Naar aanleiding van de argumenten die de Stichting Pandora heeft aangedragen, is de patiëntveiligheid als toetsingscriterium aan het derde lid toegevoegd. Psychofarmaca kunnen gepaard gaan met (ernstige) bijwerkingen voor betrokkene. De effectiviteit van de medicatie en de bijwerkingen kunnen van persoon tot persoon verschillen. Daarom zal niet alleen bij de keuze van de medicatie aandacht

moeten worden geschonken aan de veiligheid en mogelijke bijwerkingen, maar zal de effectiviteit en veiligheid continu en bij alle actoren een aandachtspunt moeten vormen. De veiligheid van de verplichte zorg is naar aanleiding van het advies van Stichting Pandora in het achtste lid nader uitgewerkt.

Artikel 2:1, vijfde en zesde lid

De evaluatiecommissie heeft als uitgangspunt geformuleerd dat bij de afweging of onvrijwillige zorg moet worden toegepast, meer betekenis moet worden gehecht aan wilsbekwaam verzet.

Uit de vele bijeenkomsten met de veldpartijen is gebleken dat het begrip wils(on)bekwaamheid tot een meerledige interpretatie aanleiding geeft. Niet in de laatste plaats komt dat door het gebruik van de term «wilsbekwaamheid». Dit werkt spraakverwarring in de hand. Met wilsbekwaamheid wordt in juridische zin bedoeld op het vermogen van een persoon om ter zake van specifieke afwegingen op het terrein van de zorg te komen tot een «redelijke waardering van zijn belangen». In deze context gaat het niet om de vaardigheid om de wil te uiten – die is in veel gevallen ook bij een ernstig psychiatrisch toestandsbeeld nog intact –, maar om het oordeels- en besluitvormingsvermogen van de persoon in kwestie. Het oordeels- en besluitvormingsvermogen van iemand die voldoet aan de criteria voor verplichte zorg zal wel onder invloed van zijn psychische stoornis kunnen zijn aangetast. In die zin zal sprake kunnen zijn van wilsbekwaamheid, gerelateerd aan de afwegingen die op dat moment van betrokkene worden gevraagd. Dit kan de mogelijkheid van het honoreren van de voorkeuren en wensen van betrokkene beïnvloeden. Omdat het begrip wils(on)bekwaamheid inmiddels zo is ingeburgerd, hanteren wij ook hier deze term.

Om hieraan uitdrukking te geven is in de algemene uitgangspunten van hoofdstuk 2 van het wetsvoorstel bepaald dat in de onderscheiden fases van het zorgverleningsproces de wensen en voorkeuren van betrokkene worden gehonoreerd, tenzij betrokkene niet in staat is tot een redelijke waardering ter zake. Hiermee is tegelijkertijd de leidraad geformuleerd dat serieus rekening moet worden gehouden met wilsbekwaam verzet tegen bepaalde vormen van zorg. Een absolute aanspraak op zelfbeschikking wordt hiermee niet gevestigd. De (inter)actieve en stimulerende houding van de hulpverlener die met dit wetsvoorstel wordt voorgestaan, verdraagt zich niet goed met een onaantastbaar en afdwingbaar recht om een medische behandeling te weigeren. In reactie op een opmerking van GGZ Nederland stellen wij dan ook dat het wetsvoorstel niet inhoudt dat wilsbekwaam verzet tegen vormen van zorg ook in geval van een aanzienlijk risico op ernstige schade *voor de patiënt zelf in kwestie* te allen tijde en onder alle omstandigheden moet worden gehonoreerd. Het algemene uitgangspunt dat wilsbekwaam verzet telt, blijft gelden, maar daarvan kan in uitzonderlijke omstandigheden worden afgeweken als de eisen van goed hulpverlenerschap daartoe noodzaken. De clausulering «tenzij medisch verantwoord» is naar aanleiding van de opmerkingen van de NFZP en GGZ Nederland herzien. Het uitgangspunt is dat de wilsbekwame voorkeuren worden gehonoreerd, tenzij deze in strijd komen met de zorg van een goed hulpverlener. Met deze clausulering is aansluiting gezocht bij de WGBO en de daar in verwoorde professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener.

Voor een hulpverlener is het niet eenvoudig om wils(on)bekwaamheid vast te stellen. Het betreft geen statisch toestandsbeeld; onder invloed van een fluctuerend ziektebeeld zal ook de mate van oordeels(on)bekwaamheid kunnen wisselen. In de praktijk zijn handzame criteria

ontwikkeld die dienen ter ondersteuning van een uniforme toepassing van het begrip (zie bijvoorbeeld bijlage 9 van deel 2 van de Wgbo-praktijkreeks «informatie en toestemming») Omdat deze criteria algemeen worden onderschreven, verwijzen wij voor de operationalisering van dit begrip graag hiernaar.

In de gesprekken met de veldpartijen over het thema «wils(on)be-kwaamheid» is vaak het belang van het horen van de patiënt naar voren gekomen. Zoals al vaker opgemerkt, moet het écht luisteren naar de voorkeuren en wensen van de patiënt centraal staan. Omdat het vermogen om de wil te uiten doorgaans niet, ook niet bij een acute psychose of andere opvlammende ernstige psychiatrische aandoening, is aangetast, benadrukken wij dat het voorgestelde uitgangspunt hier geen afbreuk aan kan doen. De bepalingen in het wetsvoorstel die voorschrijven dat hulpverleners tijdens de besluitvormingsprocedure over (onvrijwillige) zorgverlening aan het aspect van het horen aandacht moeten besteden, blijven onverkort gelden.

Artikel 2:1, zevende lid

Het zevende lid bepaalt dat de familie en directe naasten zoveel mogelijk betrokken dienen te worden bij de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van de onvrijwillige zorg. De directe omgeving kan een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van onvrijwillige zorg, doordat zij betrokkene waar mogelijk ondersteunen bij de deelname aan het maatschappelijk leven. Recent onderzoek aan de VU ondersteunt de gedachte dat een traject waarin zowel de persoon met een verhoogd risico op schizofrenie als zijn familieleden intensieve begeleiding en zorg ontvangen, een positieve invloed kan hebben op het ziekteverloop. Deze vorm van zorg waarin ook de familie en directe omgeving worden betrokken, kan voorkomen dat er een noodzaak ontstaat voor onvrijwillige zorg of er voor zorgen dat er met minder ingrijpende vormen van onvrijwillige zorg kan worden volstaan. Er zijn echter ook situaties denkbaar waarin een nauwe betrokkenheid van de familie niet wenselijk is. Daarom is gekozen voor de formulering, dat de familieleden en directe naasten «zoveel mogelijk» betrokken worden. Indien betrokkene duidelijk kenbaar maakt, dat hij ernstige bezwaren heeft tegen betrokkenheid van bepaalde familieleden of directe naasten zal daar door de verschillende actoren, zoals de commissie en de zorgverantwoordelijke, rekening mee moeten worden gehouden. Zo kan de commissie in dat geval bijvoorbeeld bepalen dat betrokkene en het familielid niet gezamenlijk en gelijktijdig, maar afzonderlijk worden gehoord (zie artikel 5:11).

Artikel 2:1, achtste lid

Zoals bij de toelichting op het derde lid al is opgemerkt, is de veiligheid van de verplichte zorg als toetsingscriterium toegevoegd. Naar aanleiding van het advies van Stichting Pandora is het criterium van patiëntveiligheid tevens in een nieuw achtste lid nader uitgewerkt. Gelet op de soms ernstige bijwerkingen van medicatie is het van belang dat de mogelijk blijvende schade als gevolg van het (langdurige) gebruik van psychofarmaca wordt meegewogen bij de voorbereiding van verplichte zorg en de toetsing van de proportionaliteit en de effectiviteit. Terughoudendheid bij het voorschrijven van medicatie is geboden aangezien de medicatie niet bij alle patiënten effectief blijkt, maar wel gepaard kan gaan met ernstige en langdurige bijwerkingen. Ook hierbij geldt dat het bij de keuze van verplichte zorg van groot belang is om rekening te houden met de ervaringen van betrokkene zelf met het gebruik van verschillende medicijnen en zijn eigen afwegingen over nut en nadeel van verschillende vormen van medicatie serieus te nemen. Betrokkene kan zijn voorkeuren

en overwegingen ten aanzien van medicatie op de zorgkaart laten vastleggen, zodat de commissie, de rechter en de zorgverantwoordelijke deze ook kunnen betrekken bij de beoordeling van de veiligheid van de medicatie.

Artikel 2:1, negende lid

Stichting Pandora heeft aandacht gevraagd voor de positie van jeugdigen en pleit voor extra kwaliteitsgaranties bij de toepassing van verplichte zorg bij jeugdigen. Aangezien er minder kennis is over de werking en bijwerkingen van medicatie en therapieën bij jeugdigen dan bij volwassenen, pleit Stichting Pandora voor wettelijke waarborgen voor de lichamelijke en geestelijke integriteit bij jeugdigen. Gelet op dit pleidooi is een lid aan artikel 2:1 toegevoegd, dat noodzaakt tot extra zorgvuldigheid bij de toepassing van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen. Zowel bij de voorbereiding van de zorgmachtiging als bij de toepassing van de verplichte zorg, dienen de mogelijk nadelige effecten op lange termijn van de verplichte zorg voor de verdere lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van het kind of de jeugdige te worden betrokken. Op grond van deze bepaling zullen bijvoorbeeld de zorgverantwoordelijke bij het opstellen van het zorgplan en de commissie bij het opstellen van haar advies, zich rekenschap moeten geven van de mogelijk nadelige gevolgen van de voorgestelde medicatie en therapie op de lange termijn. Naast de opdracht tot een expliciete beoordeling van de nadelige effecten op lange termijn, bevat het achtste lid ook de verplichting om zonnodig extra zorgvuldigheidseisen te stellen en zoveel mogelijk terzake deskundigen te betrekken bij de voorbereiding en toepassing van verplichte zorg aan kinderen en jeugdigen. Dit zal er in de praktijk toe moeten leiden dat de zorgverantwoordelijke als hij niet gespecialiseerd is op het terrein van kinder- en jeugdpsychiatrie, een gespecialiseerde psychiater of andere deskundige zoals een orthopedagoog zal moeten betrekken bij het opstellen van een zorgplan of beslissingen over de toepassing van verplichte zorg. Dit algemene uitgangspunt is ook nader uitgewerkt in artikel 8:3, dat bepaalt dat in de richtlijn voor verplichte zorg expliciet moet worden opgenomen welke aanvullende zorgvuldigheidseisen gelden bij kinderen en jeugdigen. Dit betekent in de praktijk dat de richtlijn in ieder geval dient te voldoen aan de veldnormen die bijvoorbeeld zijn geformuleerd in de richtlijn «De Wet bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie» (opgesteld door GGZ Nederland en het Trimbosinstituut). Deze richtlijn bepaalt tot welke leeftijd afzondering en separatie begeleid moet zijn en dat separatie onder de 12 jaar niet is toegestaan.

Deze verplichtingen die noodzaken tot extra zorgvuldigheid gelden echter niet alleen voor de zorgverantwoordelijke, maar voor alle actoren die bij de toepassing van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen betrokken zijn.

Artikel 2:3

Dit artikel verklaart de artikelen in de WGBO ten aanzien van het toestemmingsvereiste van de patiënt niet van toepassing. Naar aanleiding van de opmerkingen van de NFZP is de bepaling nader geclausuleerd. Het toestemmingsvereiste, de vervangende toestemming bij kinderen onder de twaalf jaar en de dubbele toetsing bij twaalf tot zestienjarigen is alleen niet van toepassing op de verplichte zorg die op grond van deze wet kan worden verleend. Het betreft de verplichte zorg die op grond van een zorgmachtiging of een crisismaatregel kan worden verleend en de tijdelijke zorg voorafgaand aan een crisismaatregel of in een noodsituatie als bedoeld in hoofdstuk 8.

Artikel 2:4

De RvdR heeft aandacht gevraagd een aantal punten ten aanzien van de verzoekschriftprocedure. Naar aanleiding van de vragen met betrekking tot de mogelijkheid voor minderjarigen om in rechte op te kunnen treden, de procesvertegenwoordiging en het griffierecht is artikel 2:4 toegevoegd.

Eerste lid

Betrokkene kan zelf een persoon machtigen om als zijn vertegenwoordiger op te treden en zijn belangen te behartigen ten aanzien van verplichte zorg. Betrokkene heeft daarbij de vrijheid om zelf te bepalen wie hij machtigt als zijn vertegenwoordiger, mits dit niet leidt tot belangenverstremming. Ter voorkoming van tegengestelde belangen bepaalt artikel 2:4, eerste lid, dat personen die betrokken zijn bij de uitvoering van (verplichte) zorg niet kunnen worden gemachtigd om als vertegenwoordiger op te treden.

Tweede lid

Algemeen uitgangspunt van het burgerlijk recht is dat minderjarigen nog niet handelingsbekwaam zijn. Een van de gevolgen daarvan is dat een minderjarige niet zelfstandig in rechte op kan treden. Hetzelfde geldt voor personen voor wie een curator is benoemd of een mentorschap is ingesteld. Gelet op de bijzondere aard van deze wet en de vergaande beperkingen waartoe de zorgmachtiging of de crisismaatregel kan legitimeren, is het wenselijk dat betrokkene toch zelf in een procedure bij de rechtbank kan optreden en rechtsmiddelen kan inzetten. Deze bepaling voorziet daar in en maakt het mogelijk dat een ieder die onderworpen wordt aan verplichte zorg zelf op kan komen tegen de beperkingen van zijn vrijheden en van zijn lichamelijke integriteit.

Vierde lid

De commissie treedt op als de formele verzoeker in de verzoekschriftprocedure voor een zorgmachtiging bij de rechtbank. Op grond van artikel 278 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering zou de commissie het verzoek door een procureur moeten laten indienen bij de rechtbank. Het derde lid van artikel 278 voorziet echter in de mogelijkheid om bij wet hier van af te wijken. Van deze mogelijkheid is hier gebruik gemaakt, aangezien indiening door een procureur geen toegevoegde waarde biedt. De commissie beschikt over voldoende juridische expertise om het verzoekschrift zelf bij de rechtbank in te dienen. De commissie neemt op dit punt de huidige rol van de officier van justitie over.

Vijfde lid

Naar aanleiding van de opmerkingen van de NVVR en Stichting Pandora verschaft het vijfde lid nu duidelijkheid ten aanzien van het griffierecht. Evenals thans bij de officier van justitie het geval is, ligt het niet in de rede om de commissie als orgaan van de Staat griffierechten te laten betalen voor het indienen van het verzoekschrift. Artikel 1, eerste lid, van de Wet tarieven in burgerlijke zaken bepaalt dat de officier van justitie geen vast recht verschuldigd is. Het vijfde lid bepaalt dat voor het indienen van een verzoekschriftprocedure en het instellen van beroep geen griffierecht is verschuldigd. Dit betekent dat niet alleen de commissie, maar ook betrokkene is vrijgesteld van griffierecht als hij bij de rechtbank in beroep gaat tegen de uitspraak van de klachtencommissie of in hoger beroep gaat tegen de zorgmachtiging. Aangezien deze wet ziet op vergaande beperkingen van vrijheden van betrokkene en tot vrijheidsbeneming

legitimeert op last van de Staat, is het niet wenselijk dat betrokkene griffierechten verschuldigd zou zijn om in rechte tegen deze beperkingen op te komen. Evenals bij toepassing van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering, is betrokkene geen griffierecht verschuldigd bij het inzetten van rechtsmiddelen om de beperkingen van zijn vrijheid aan te vechten.

Zesde lid

Dit lid bepaalt dat artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering niet van toepassing is bij een verzoekschriftprocedure op grond van deze wet. Dit betekent dat het verweerschrift tegen het verzoek voor een zorgmachtiging aan de rechtbank geen zelfstandig verzoek mag bevatten. Hiermee wordt voorkomen dat de procedure voor de aanvraag van een zorgmachtiging wordt gecompliceerd door andere zelfstandige verzoeken aan de rechtbank. Deze bepaling laat uiteraard onverlet dat betrokkene op grond van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering een zelfstandig verzoek bij de rechtbank in kan dienen voor een onderwerp dat zijns inziens verband houdt met het verzoek om een zorgmachtiging. Een dergelijk verzoek zal dan apart van het verzoek om een zorgmachtiging worden behandeld door de rechtbank.

Zevende lid

In de toelichting op het vijfde lid is al beargumenteerd waarom het niet wenselijk is om de kosten van de gerechtelijke procedure op betrokkene te verhalen. Gelet op deze argumenten bepaalt het zevende lid dat de kosten van door de rechter opgeroepen getuigen en deskundigen ten laste van de Staat komen.

Artikel 2:5

De RSJ, de NVVR, de RvdR, Stichting Pandora en de IGZ hebben aandacht gevraagd voor het ontbreken van leeftijdsgrenzen in het wetsvoorstel. Zoals in het algemeen deel reeds is toegelicht is de Wgbo ook van toepassing op de verplichte zorg op grond van deze wet. Op het punt van de handelingsbekwaamheid en de (dubbele) toestemming bij minderjarigen beoogt dit wetsvoorstel geen afwijking van de artikelen 447 en 450 van de Wgbo. Om onduidelijkheid in de praktijk te voorkomen, is de regeling van de Wgbo expliciet in artikel 2:5 opgenomen. Dit artikel beoogt duidelijkheid te verschaffen in welke gevallen verzet van een minderjarige gehonoreerd dient te worden en wanneer een minderjarige zelfstandig kan instemmen met zorg.

De opzet van dit artikel is gelijk aan de systematiek van de Wgbo op het punt van handelingsbekwaamheid, toestemming en dubbele toestemming bij minderjarigen (artikelen 447 en 450 Wgbo). Dit betekent dat minderjarigen van zestien en zeventien jaar, handelingsbekwaam worden geacht ten aanzien van beslissingen op het terrein van zorg. Bij de toepassing van deze wet heeft dat tot gevolg dat deze groep niet afhankelijk is van het verzet of de instemming van de ouders, maar zelfstandig kan instemmen met zorg of zich kan verzetten tegen zorg.

Voor minderjarigen tussen twaalf en zestien jaar geldt evenals in de Wgbo het uitgangspunt dat er sprake is van toestemming als zowel de minderjarige als de ouders of de voogd instemmen met de behandeling (dubbele toestemming). Bij verzet geldt spiegelbeeldig, dat er sprake is van verzet als of de minderjarige of een van de ouders of de voogd zich verzetten tegen de zorg.

Ten aanzien van minderjarigen onder de twaalf jaar geldt dat de stem van de ouders of de voogd beslissend is ten aanzien van instemming en verzet.

Voor de minderjarigen die wilsonbekwaam zijn en voor wie een curator is benoemd of een mentorschap is ingesteld, geldt dat de stem van de curator of mentor bepaalt of er sprake is van instemming of verzet.

Het feit dat de stem van minderjarigen niet in alle gevallen van beslissende betekenis is bij de toepassing van deze wet, betekent overigens niet dat er afbreuk kan worden gedaan aan de verplichtingen om betrokkene te horen of rekening te houden met zijn wensen en voorkeuren.

Artikel 2:6

De NVvR stelt in haar advies de vraag of de Algemene termijnenwet van toepassing is op de termijnen die in deze wet worden gesteld. Dat is inderdaad het geval, zij het dat artikel 4, van de Algemene termijnenwet bepaalt dat de Algemene termijnenwet niet van toepassing is op termijnen van vrijheidsbeneming en termijnen omschreven in uren of termijnen van grofweg langer dan drie maanden. Dit betekent dat de Algemene termijnenwet niet van toepassing is op de termijn van de crisismaatregel (artikel 7:7), de termijn van tijdelijke verplichte zorg (8:9) en de zorgmachtiging met een maximale geldigheidsduur van zes maanden of langer (artikel 6:4, eerste lid, onderdelen b tot en met d). Binnen de termijn van drie dagen die geldt voor de crisismaatregel en de tijdelijke verplichte zorg, zal als er een noodzaak is om de verplichte zorg voort te zetten, een verzoek voor een (gewijzigde) zorgmachtiging moet worden ingediend bij de commissie. Als de laatste dag van deze drie dagen in een weekend of op een feestdag valt, kan het praktisch onmogelijk worden om binnen drie dagen een goed onderbouwd verzoek bij de commissie in te dienen. In deze bijzondere situaties achten wij het gerechtvaardigd dat de termijn van drie dagen zodanig wordt verlengd, dat deze niet eindigt in het weekend of op een erkende feestdag.

Voor de volledigheid zij nog opgemerkt dat de Algemene termijnenwet onverkort van toepassing is op de overige termijnen korter dan drie maanden die deze wet stelt voor bijvoorbeeld de behandeling van verzoeken door de commissie en de rechter.

HOOFDSTUK 3 Criteria voor verplichte zorg

Bij de formulering van het doel van en het criterium van verplichte zorg en het schadebegrip in artikel 1, onder d, is aansluiting gezocht bij de terminologie in de aanbeveling van de Raad van Europa (Recommendation No. Rec(2004)10 concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder). In deze aanbeveling wordt stelselmatig de terminologie «*significant risk of serious harm*» gehanteerd. In het criterium voor verplichte zorg is dat vertaald als: *het aanzienlijke risico op ernstige schade*. Benadrukt wordt dat met deze gewijzigde formulering geen terugkeer naar het bestwilcriterium wordt beoogd. De rechtsbescherming van betrokkene vereist een algemeen normatief toepasselijk kader, waaraan de persoonlijke mening van individuele hulpverleners kan worden getoetst. Dit sluit aan bij de aanbeveling van de evaluatiecommissie om in de nieuwe wettelijke regeling een objectief toetsbaar criterium op te nemen. De evaluatiecommissie acht het wenselijk om het huidige gevaarscriterium in de nieuwe regeling te handhaven.

Hiervoor hebben wij echter om een aantal redenen niet gekozen. Het is niet de bedoeling om de huidige invulling van het gevaarscriterium in de rechtspraak op te rekken. Zo wordt geenszins beoogd om een grondslag te bieden voor een ruimere toepassing van dwang in het kader van de handhaving van de openbare orde en veiligheid. De belangrijkste reden om te kiezen voor een andere term is gelegen in het feit dat deze beter de lading dekt dan het huidige begrip «gevaar». In de praktijk blijkt nog steeds dat het begrip in sommige situaties in weerwil van de bedoeling (te) beperkt wordt uitgelegd als levensgevaar. Bovendien sluit het schadebegrip beter aan bij de bovenbedoelde internationaalrechtelijke context. Verder wordt in de praktijk ook het geluid gehoord dat de term «gevaar» uitsluitend refereert aan externe omgevingsfactoren die los staan van de gezondheidstoestand van de persoon zelf. De fictie in de huidige Wet bopz dat louter als gevolg van een gedwongen opname het gevaar zou kunnen worden afgewend, wordt als een grote ongerijmdheid ervaren; uitsluitend een verandering van omgevingsfactoren zorgt er nog niet voor dat een geestesstoornis verbetert. Gedacht kan dan worden aan de mogelijkheid om een onvrijwillige interventie toe te staan als het gedrag van de persoon als gevolg van zijn psychische stoornis tot «aanzienlijke risico's op ernstige schade leidt voor de persoon zelf of voor anderen». De toepassing van de onvrijwillige zorg kan deze risico's wegnemen of de ernst en de duur van de schade beperken. Het schadebegrip brengt nadrukkelijker dan nu tot uitdrukking dat ook de mogelijkheden tot verbeteren van de geestesstoornis (inclusief de mogelijkheden tot herstel van autonomie) onderdeel kan zijn van de afweging of tot toepassing van onvrijwillige zorg moet worden besloten. Hiermee wordt in feite voortgezet wat met de recente wijziging van de Wet bopz (wet van 25 februari 2008, Stb. 80) is geïntroduceerd. Deze wijziging brengt mee dat een persoon met een psychische stoornis ook onder dwang kan worden behandeld als zijn geestelijke gezondheid als gevolg van of gedurende een onvrijwillige opname niet verbetert of zelfs dreigt te verslechteren. Hoewel dit niet met zoveel woorden in de wettekst tot uitdrukking is gebracht, komt dit feitelijk erop neer dat ook de mogelijkheden tot (zoveel mogelijk) herstel van autonomie kunnen worden betrokken bij de afweging of tot een onvrijwillige interventie moet worden gemachtigd. Het is niet langer acceptabel dat personen als gevolg van hun stoornis een steeds regressiever patroon laten zien, als aannemelijk is dat met onvrijwillige zorg hun toestand sterk kan verbeteren.

Tegen de achtergrond van het centraal stellen van de noodzakelijke zorg voor een persoon met een psychische stoornis (mede op basis van zijn persoonlijke voorkeur) betekent dit een verschuiving van het perspectief van waaruit naar de criteria voor dwang wordt gekeken. Omdat er een breder (lichter) arsenaal aan interventies beschikbaar is, zal het proportionaliteitsvereiste meebrengen dat toepassing van het schadecriterium kan leiden tot andere, voor de persoon in kwestie minder bezwarende maatregelen. Dit centraal stellen van de noodzaak tot zorg van de betrokkene is overigens geen op zichzelf staand fenomeen; ook in andere, ons omringende landen, is dit leidraad.

Artikel 3:1

Artikel 3:1 bevat een limitatieve opsomming van de grondslagen voor verplichte zorg. Van het uitgangspunt dat alleen die zorg kan worden verleend waar betrokkene zelf mee instemt, kan alleen worden afgeweken indien de rechter een zorgmachtiging heeft afgegeven voor het verlenen van verplichte zorg of indien er sprake is van een crisissituatie die noodzaakt tot verplichte zorg. Voor beide gevallen geldt dat aan de strenge criteria van de artikelen 3:3 en 3:4 moet worden voldaan en de overige procedurele eisen, voordat er tot verplichte zorg kan worden

besloten. De rechtspositie van betrokkene wordt gewaarborgd door de verschillende eisen die gelden bij de voorbereiding van de zorgmachtiging en de crisismaatregel en verplichte zorg in noodsituaties (zie hoofdstuk 5, 6, 7 en 8). Daarnaast beschikt betrokkene over de mogelijkheid om met een rechtsmiddel tegen deze beslissingen tot verplichte zorg op te komen.

Het tweede lid van artikel 3:1 brengt de zogenaamde «geen bereidheid-geen bezwaar» groep (gbgb-groep) onder het bereik van het wetsvoorstel. Het betreft een zeer kleine groep van personen die als gevolg van hun psychische stoornis niet in staat zijn om hun wil verbaal of non-verbaal te uiten. Bij deze gbgb-groep is daardoor niet vast te stellen of zij instemmen met de zorg die wordt verleend, dan wel dat zij zich verzetten. In veel gevallen zal er voor personen die deel uitmaken van deze groep een vertegenwoordiger optreden, die de belangen van betrokkene behartigt en zich zonedig verzet tegen de voorgestelde zorg. Indien de vertegenwoordiger zich verzet tegen de zorg zal er op grond van het eerste lid van artikel 3:1 een zorgmachtiging moeten worden aangevraagd om de zorg waartegen de vertegenwoordiger zich verzet, toch te kunnen verlenen. Het tweede lid bepaalt dat voor de personen uit de gbgb-groep die geen vertegenwoordiger hebben, ook een zorgmachtiging zal moeten worden aangevraagd, als zij niet expliciet instemmen met de zorg die wordt verleend. Aangezien betrokkene zelf niet in staat is om zich te verzetten tegen de zorg en daardoor in een zeer kwetsbare en onmachtige positie verkeert ten opzichte van de zorgverantwoordelijke, is het van belang dat de noodzaak voor de verplichte zorg wordt getoetst. Het aanzienlijke risico op ernstige schade zal bij deze groep niet zozeer bestaan uit schade voor derden, maar uit de schade die voor henzelf ontstaat als de psychische stoornis niet adequaat wordt behandeld. Het doel van de verplichte zorg bij de gbgb-groep zal dan bestaan uit het stabiliseren van de geestelijke gezondheid en zo mogelijk het herstellen van de autonomie van betrokkene (artikel 3:4, onderdelen d en e). Verplichte zorg is dan mogelijk als de geestelijke gezondheid zonder behandeling niet verbetert of zelfs dreigt te verslechteren en om te voorkomen dat betrokkene langer dan noodzakelijk is in een instelling zal moeten verblijven. Door de gbgb-groep onder het bereik van dit wetsvoorstel te brengen, kan de ernst of de duur van de schade die het gevolg is van een psychische stoornis ook voor deze groep van personen worden beperkt.

Artikel 3:2

Artikel 3:2 bevat een niet uitputtende opsomming van verschillende vormen van zorg die kunnen worden toegepast bij de behandeling van personen met een psychiatrische stoornis. De zorg die kan worden verleend is niet beperkt tot zorg in de zin van een medische behandeling gericht op het wegnemen van de psychische stoornis. Afhankelijk van de aard en ernst van de psychische stoornis zullen het behandeldoel en de daarbij behorende interventies verschillen. In veel gevallen kan de behandeling gericht zijn op het herstel van de autonomie van betrokkene en volledige maatschappelijke participatie. Bij chronische stoornissen of een progressief ziekteverloop zal de zorg meer gericht zijn op verzorging en bescherming van betrokkene tegen de schadelijke gevolgen van zijn psychische stoornis, dan op herstel. De genoemde vormen van zorg kunnen niet zonder meer worden toegepast, in ieder individueel geval zal de noodzaak en effectiviteit moeten worden getoetst, zowel bij de voorbereiding als de uiteindelijke toepassing van de zorg.

Het begrip zorg omvat ook interventies die gericht zijn op de beveiliging van de personen die samen met betrokkene in een accommodatie verblijven of de zorg verlenen. Aangezien in de praktijk geen duidelijk

onderscheid te maken valt tussen interventies met een overwegend therapeutisch karakter en maatregelen die voornamelijk gericht zijn op beveiliging, zijn alle interventies onder het begrip zorg gebracht. Dit betekent ook dat voor alle interventies dezelfde criteria gelden en op gelijke wijze aan de beginselen van hoofdstuk 2 moeten worden getoetst.

Artikel 3:2 moet daarnaast ook in samenhang met de richtlijnplicht van artikel 8:3 worden gezien. De zorg die gepaard gaat met vergaande beperking van de vrijheid of privacy van betrokkene dan wel aantasting van de integriteit van het lichaam, zal met grote zorgvuldigheid en terughoudendheid moeten worden toegepast. Protocollering van de vormen van zorg die in de onderdelen d tot en met i genoemd worden, ligt dan ook voor de hand.

Onderdeel h bepaalt dat onder zorg ook kan worden verstaan onderzoek aan kleding of lichaam. Dergelijk onderzoek kan noodzakelijk zijn om gevaarlijke of verboden voorwerpen of middelen aan betrokkene te ontnemen. Aangezien er niet gekozen is voor de formulering «aan of in» het lichaam, beoogt onderdeel h niet om visitatie mogelijk te maken. Een onderzoek in het lichaam naar voorwerpen die betrokkene niet in zijn bezit mag hebben of een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of anderen kunnen veroorzaken, is een te vergaande aantasting van de lichamelijke integriteit en voldoet niet aan het beginsel van proportionaliteit. Visitatie is voor betrokkene een uiterst traumatiserende ervaring en kan in het bijzonder bij jeugdigen leiden tot blijvende schade. Indien er een ernstig vermoeden bestaat dat betrokkene gevaarlijke voorwerpen in zijn lichaamsholtes verbergt, zal hij door middel van overreding moeten worden bewogen om deze voorwerpen af te geven. Daarnaast kan er door intensief toezicht voorkomen worden dat betrokkene met deze gevaarlijke voorwerpen zichzelf of anderen ernstige schade toebrengt.

Indien het vermoeden bestaat dat betrokkene gevaarlijke of verboden voorwerpen in zijn lichaamsholtes verstopt zal door middel van toezicht het gevaar moeten worden afgewend.

Onderdeel h staat overigens niet in de weg aan medisch onderzoek in het lichaam, indien het een medische handeling betreft als bedoeld in onderdeel b, die niet gericht is op het ontnemen van gevaarlijke of verboden voorwerpen.

Artikel 3:3

Naar aanleiding van het advies van de RvdR is de redactie van de artikelen 3:3 en 3:4 herzien. In de nieuwe formulering zijn het criterium voor verplichte zorg en het doel van verplichte zorg beter van elkaar onderscheiden. Artikel 3:3 bevat de criteria voor verplichte zorg en artikel 3:4 beschrijft de doelen van verplichte zorg. De keuze voor en betekenis van het schadecriterium is in de algemene toelichting op hoofdstuk 3 al besproken. Om verplichte zorg te kunnen verlenen moet er sprake zijn van een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander. Van belang is dat onder «een ander» in het kader van deze wet ook wordt verstaan het ongeboren kind. Hierbij geldt geen ondergrens in weken ten aanzien van de ontwikkeling van de foetus: juist ook in de eerste termijn van de zwangerschap is er een aanzienlijk risico op schade aan de foetus indien er sprake is van schadetoebrengend gedrag door de moeder. Bij de omschrijving van het begrip «schade» in de toelichting op hoofdstuk 1 is hier al op ingegaan.

De mogelijkheid om een zwangere verplichte zorg te kunnen verlenen teneinde schade aan het ongeboren kind te voorkomen, moet overigens los gezien worden van haar recht op abortus. Dit recht kan niet terzijde worden gelegd door verplichte zorg. Bij het geven van verplichte zorg staat de wens van de zwangere voorop om de zwangerschap te behouden

en uit te dragen. Zolang die wens aanwezig is, mag van de zwangere verwacht worden dat zij schadetoebrengend gedrag achterwege laat. Wenst zij echter af te zien van het uitdragen van de zwangerschap, dan behoort dat op grond van de Wet afbreking zwangerschap tot de mogelijkheden.

Van belang is verder dat het criterium een causaal verband verlangt tussen de psychische stoornis en het aanzienlijke risico op ernstige schade.

Verplichte zorg kan alleen worden verleend als er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg zijn (onderdeel a). Deze situatie doet zich voor als de mogelijkheden voor vrijwillige zorg zijn uitgeput of onvoldoende effectief zijn gebleken. Maar ook in het geval dat betrokkene zich verzet tegen iedere vorm van zorg op basis van vrijwilligheid is voldaan aan het criterium van onderdeel a. Niettemin zal bij een zorgmijder ook voldoende inspanningen moeten worden gepleegd om hem toch tot zorg te bewegen of te verleiden.

Onderdeel b noodzaakt om bij de keuze van verplichte zorg die vorm te kiezen die het minst bezwarend is voor betrokkene. Hierbij geldt overigens de kanttekening dat niet te gemakkelijk bepaalde vormen van zorg als meer of minder bezwarend moeten worden aangemerkt. Zo ervaart de ene persoon dwangmedicatie als een meer belastende vorm van zorg dan separatie. Dit betekent dat rekening dient te worden gehouden met de voorkeuren en beleving van betrokkene en dat verplichte zorg op maat moet worden verleend.

De verplichte zorg moet voldoen aan het beginsel van proportionaliteit (onderdeel c). Dit betekent dat een zorgvuldige afweging moet worden gemaakt tussen de ernst en aard van de risico's die voortvloeien uit de psychische stoornis en de ernst en aard van de inbreuken die de verplichte zorg met zich mee brengt op de vrijheden van betrokkene. Toetsing aan het beginsel van proportionaliteit houdt ook in dat niet alleen de positieve effecten van de voorgestelde zorg, maar ook de nadelige effecten (bijwerkingen medicatie, verlies sociaal netwerk, etc) tegen elkaar afgewogen moeten worden. Ook hiervoor geldt dat dit een individuele afweging op maat moet zijn en niet kan worden volstaan met een afweging in algemene termen.

Ten slotte geldt als criterium dat de verplichte zorg naar verwachting effectief en geschikt is om het beoogde doel te bereiken (onderdeel d). Zoals in het algemene deel al is opgemerkt, is er in de geestelijke gezondheidszorg slechts in beperkte mate sprake van evidence-based zorg. Dit noodzaakt tot een zorgvuldige inschatting van de effectiviteit en doelmatigheid van de voorgestelde zorg. Op de zorgverantwoordelijke rust de taak om vanuit zijn professionele expertise een realistische inschatting van de te verwachten effectiviteit te geven en deze ook te onderbouwen, zodat de commissie en de rechter de effectiviteit in de afweging kunnen betrekken.

Artikel 3:4

Artikel 3:4 benoemt de verschillende doelen waarvoor de verplichte zorg kan worden verleend. In de eerste plaats kan het nodig zijn om verplichte zorg te verlenen om een crisissituatie het hoofd te bieden. In hoofdstuk 7 is de procedure uitgewerkt waarbij de burgemeester een crisismaatregel kan nemen op grond waarvan verplichte zorg kan worden verleend aan een persoon die in een zodanig crisis verkeert, dat acute verplichte zorg noodzakelijk is geworden. Op grond van de artikelen 8:9 tot en met 8:11

kan ook tijdelijk verplichte zorg worden verleend, die niet in de zorgmachtiging is opgenomen om een crisissituatie te beteugelen.

In die situaties waar geen sprake is van een acute crisis, maar een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis steeds ernstiger in zijn functioneren belemmerd wordt, kan verplichte zorg worden verleend om een aanzienlijk risico op ernstige schade af te wenden. In de praktijk zal dit doel veelal samenvallen met de doelen in de onderdelen d en e: het stabiliseren en zo mogelijk een volledig herstel van de geestelijke gezondheid, waardoor betrokkene zijn autonomie herwint. In paragraaf 9 van het algemeen deel van de toelichting is al dieper ingegaan op het herwinnen van de autonomie als doel van verplichte zorg.

Onderdeel c bepaalt dat de verplichte zorg ook kan worden verleend met als doel het opstellen van een zorgplan. Dit doel is in het bijzonder relevant voor personen die nog niet in contact zijn geweest met de ggz, maar in een acute crisis zijn geraakt en voor wie de burgemeester een crisismaatregel heeft genomen. Hoewel dan duidelijk is dat er sprake is van een psychische stoornis, lukt het niet altijd om in het korte tijdsbestek dat de crisismaatregel van kracht is een volledige diagnose te stellen en een zorgplan op te stellen. Zoals ook benadrukt in het advies van de Stichting Pandora kost een goede diagnose soms veel tijd en is een adequate diagnose van groot belang voor zorg op maat. Zeker bij meervoudige problematiek kan het in eerste instantie moeilijk zijn om een goede diagnose te stellen en te bepalen welke vormen van zorg noodzakelijk zijn voor het herstel van de geestelijke gezondheid van betrokkene. Multidisciplinair overleg is dan noodzakelijk, maar niet in alle gevallen realiseerbaar binnen een tijdsbestek van drie dagen. Temeer daar de periode van de crisismaatregel voor een deel ook uit zon- en feestdagen kan bestaan. Als het doel van de verplichte zorg het opstellen van een zorgplan is, bedraagt de maximale duur van de zorgmachtiging zes weken (artikel 6:4, eerste lid, onderdeel a).

Het tweede lid maakt duidelijk dat de verplichte zorg niet alleen gericht kan zijn op het herstel van de geestelijke gezondheid maar ook op het herstel of de stabilisatie van de fysieke gezondheid. Voorwaarde is wel dat er een causaal verband bestaat tussen de psychische stoornis en het fysieke gezondheidsrisico. Dit is bijvoorbeeld het geval als iemand behandeling van zijn diabetes weigert, omdat hij in de waan verkeert dat de medicatie zal worden toegediend om hem te vergiftigen. Aangezien het onbehandeld laten van diabetes ernstige gezondheidsrisico's met zich mee kan brengen, kan het noodzakelijk zijn om somatische zorg te verlenen. In die gevallen waar een duidelijke relatie bestaat tussen de psychische stoornis van betrokkene en ernstige risico's voor zijn fysieke gezondheid is het niet wenselijk om voor de behandeling van de fysieke gezondheid terug te moeten vallen op de Wgbo. De mogelijkheid om in de zorgmachtiging ook somatische zorg op te nemen, biedt het voordeel voor zowel betrokkene als de zorgverantwoordelijke dat een eenduidige procedure kan worden gevolgd en een en dezelfde rechtspositie van toepassing is. Voor betrokkene betekent dit een verbetering van zijn rechtspositie, aangezien de verplichte somatische zorg in dit geval vooraf door de commissie en rechter wordt getoetst en ook alle andere waarborgen van deze wet van toepassing zijn, die verder strekken dan de bepalingen in de Wgbo ten aanzien van dwangbehandeling ter voorkoming van ernstig nadeel (artikelen 450 en 465 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek). Gelet op het uitgangspunt van zorg op maat, zal de zorgverantwoordelijke de voorzienbare en noodzakelijke somatische zorg in principe altijd in het zorgplan op moeten nemen dat de grondslag vormt voor de zorgmachtiging. In het geval dat de somatische zorg niet voorzienbaar was ten tijde van het verzoek voor een zorgmachtiging en er

een noodzaak ontstaat om acute somatische zorg te verlenen, kan ook gebruik worden gemaakt van de mogelijkheid om in noodsituaties verplichte zorg te verlenen waar de zorgmachtiging of de crisismaatregel niet in voorziet (artikelen 8:9 tot en met 8:11).

Het tweede lid laat onverlet dat in de situaties waarbij er geen verband bestaat tussen de weigering van de somatische zorg en de psychische stoornis van betrokkene, op grond van de Wgbo tot dwangbehandeling kan worden besloten.

HOOFDSTUK 4 De zelfbindingsverklaring

In hoofdstuk 4 is de zelfbinding geregeld. Waar normaal gesproken de omgeving van een persoon met een psychische stoornis het initiatief neemt voor een verzoek voor verplichte zorg, biedt de zelfbinding de patiënt zelf de mogelijkheid om te bepalen wanneer de noodzaak voor verplichte zorg ontstaat in de periode dat zijn psychische stoornis hem in de greep krijgt. Kern van de zelfbinding is dat een persoon met een psychische stoornis een verklaring opstelt waarin hij aangeeft onder welke omstandigheden hem verplichte zorg moet worden verleend en welke vormen van zorg dan mogen worden toegepast, ook als hij zich daar op dat moment tegen verzet. Kort gezegd maakt de zelfbinding het mogelijk voor een persoon met een psychische stoornis om in een goede periode te bepalen wat er in een slechte periode met hem moet gebeuren. Voorwaarde voor de zelfbinding is dat betrokkene op het moment dat hij met zijn psychiater de zelfbindingsverklaring opstelt in goede geestelijke gezondheid verkeert en de strekking en gevolgen van zijn verklaring overziet. Met deze regeling wordt de zelfbindingsregeling die nu in de Wet bopz is opgenomen (artikel 34a e.v.) gecontinueerd en op onderdelen vereenvoudigd.

Op het moment dat de omstandigheden die in de zelfbindingsverklaring zijn omschreven zich voordoen, kan de zorgverantwoordelijke niet direct de verplichte zorg verlenen. Ook bij een zelfbindingsverklaring zal de verplichte zorg pas kunnen worden verleend nadat de rechter een zorgmachtiging heeft afgegeven. De rechter toetst bij de afgifte van een zorgmachtiging niet of is voldaan aan het criterium voor verplichte zorg, maar of de omstandigheden die in zelfbindingsverklaring zijn beschreven zich ook daadwerkelijk voordoen. Aangezien het van belang is dat de verplichte zorg zo spoedig mogelijk wordt verleend en de zelfbindingsverklaring feitelijk een zorgplan omvat, gelden afwijkende procedures en termijnen voor de behandeling van een verzoek op basis van een zelfbindingsverklaring (artikel 4:4). Zo zal de commissie in het geval van een zelfbindingsverklaring geen hoorzitting hoeven te houden en zal de rechter binnen drie dagen een uitspraak moeten doen over de afgifte van een zorgmachtiging (artikel 6:2, onderdeel b).

De zelfbindingsverklaring veronderstelt dat betrokkene al eerder onderworpen is geweest aan (verplichte) zorg en voorkeuren heeft ontwikkeld op basis van eerdere negatieve en belastende ervaringen met de symptomen van zijn ziekte en de behandeling daarvan. Het gaat hierbij in de regel om personen die kampen met een fluctuerend ziektebeeld zoals een bipolaire stoornis, waarin goede perioden zich afwisselen met slechte perioden. Als iemand in een goede periode in staat is om aan te geven in welke specifieke situaties (gezondheids)schade voor hem dreigt en dit door een onafhankelijk psychiater kan worden geverifieerd en geobjectiverd, kan deze schade met een zelfbindingsmachtiging worden weggenomen. Anders gezegd, met een zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring wordt een schadebeperkend optreden mogelijk gemaakt, dat tegemoet komt aan de persoonlijke wensen van betrokkene.

Artikel 4:1

Artikel 4:1 bepaalt dat een persoon met een psychische stoornis zich door middel van een zelfbindingsverklaring kan verbinden tot zorg. Voorwaarde is echter wel dat betrokkene ouder dan twaalf jaar is en tot een redelijke beoordeling en waardering van zijn belangen op dit punt in staat moet zijn. De zorgverantwoordelijke zal bij het opstellen van de verklaring zich ervan moeten vergewissen dat betrokkene in een goede geestelijke gezondheid verkeert en de strekking en gevolgen van de zelfbindingsverklaring overziet. Aangezien de zelfbindingsverklaring verstreckende gevolgen voor betrokkene kan hebben, vereist het zesde lid dat een onafhankelijke psychiater vaststelt dat betrokkene tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat is, op het moment dat hij de zelfbindingsverklaring opstelt en ondertekent.

Het tweede lid bepaalt de inhoud van de zelfbindingsverklaring. Allereerst zal de verklaring duidelijk de omstandigheden moeten beschrijven die noodzaken tot het verlenen van de (verplichte) zorg. Daarbij zal ook duidelijk moeten worden gemaakt welk aanzienlijk risico op ernstige schade onder die omstandigheden dreigt. Hierbij kan ook worden aangegeven onder welke omstandigheden naar het oordeel van betrokkene nog niet tot verplichte zorg kan worden overgegaan. Betrokkene geeft hiermee zelf invulling aan de criteria voor verplichte zorg (artikelen 3:3 en 3:4). De rechter zal bij de afgifte van een zorgmachtiging daarom de invulling door betrokkene van de artikelen 3:3 en 3:4 als uitgangspunt moeten nemen. Ook bij het beëindigen van de verplichte zorg op basis van artikel 8:20 zal de geneesheer-directeur de daarvoor omschreven omstandigheden in de zelfbindingsverklaring als leidraad moeten nemen.

In de tweede plaats zal de verklaring duidelijk moeten aangeven welke vormen van zorg mogen worden verleend om het aanzienlijke risico op ernstige schade af te wenden. Om te voorkomen dat er bij de uitvoering van de zorgmachtiging onduidelijkheid ontstaat over wat al dan niet binnen de grenzen van de zelfbindingsverklaring valt, zal de verplichte zorg nauwkeurig moeten worden omschreven. Naar aanleiding van het advies van het Platform GGZ bepaalt het derde lid nu, dat de zelfbindingsverklaring vergezeld dient te gaan van een zorgplan dat voldoet aan de eisen van artikel 5:8. Dit betekent bijvoorbeeld ook dat het toezicht op de uitvoering en tussentijdse toetsing van de verplichte zorg onderdeel moeten uitmaken van de zelfbindingsverklaring.

Uit de zelfbindingsverklaring zal ook moeten blijken wat de geldigheidsduur is. Het is aan betrokkene en de zorgverantwoordelijke om de geldigheidsduur te bepalen. Er is bewust niet gekozen voor een beperkte geldigheidsduur van bijvoorbeeld één jaar, om betrokkene en de zorgverantwoordelijke niet onnodig te belasten met een jaarlijkse herziening van de zelfbindingsverklaring.

De zelfbindingsverklaring kan worden opgesteld door personen van twaalf jaren en ouder. Bij minderjarigen geldt daarbij wel als voorwaarde dat de ouders betrokken moeten worden bij het opstellen van de zelfbindingsverklaring en deze ook moeten ondertekenen. In aansluiting op de systematiek van de Wgbo, bepaalt het vierde lid dat minderjarigen vanaf 16 jaar, zelf kunnen beslissen over de inhoud van de zelfbindingsverklaring. Voor de 12 tot 16 jarigen geldt dat de ouders moeten instemmen met de zelfbindingsverklaring en deze ook moeten ondertekenen (artikel 4:2, tweede lid).

Het vijfde lid bepaalt dat betrokkene een beroep kan doen op de patiëntenvertrouwenspersoon bij het opstellen van een zelfbindingsverklaring.

Uitgangspunt bij de zelfbinding is dat betrokkene bij het opstellen van de zelfbindingsverklaring in goede geestelijke gezondheid verkeert en de consequenties van zijn verklaring overziet. Om te waarborgen dat betrokkene tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat is ten tijde van het opstellen van de zelfbindingsverklaring, bepaalt het zesde lid dat een onafhankelijke arts of deskundige een verklaring opstelt waaruit de wilsbekwaamheid van betrokkene blijkt.

Artikel 4:2

De zelfbindingsverklaring wordt door betrokkene en de zorgverantwoordelijke opgesteld, maar uiteindelijk ook door de geneesheer-directeur vastgesteld. Gelet op de verstreckende gevolgen die de zelfbindingsverklaring kan hebben voor betrokkene is er voor gekozen om de geneesheer-directeur de verklaring te laten autoriseren. Hiermee wordt de rol van de geneesheer-directeur als bewaker van de kwaliteit van de verplichte zorg onderstreept.

De geneesheer-directeur verstrekt de zelfbindingsverklaring aan betrokkene en een gewaarmerkt afschrift aan ten minste één door betrokkene aangewezen persoon en aan de commissie. Het is uiteraard van belang dat ten minste één en zo mogelijk verschillende naasten van betrokkene op de hoogte zijn van de zelfbindingsverklaring, opdat zij kunnen signaleren dat de in de verklaring beschreven omstandigheden zich voordoen en zij zich tot de zorgverantwoordelijke kunnen wenden die in de verklaring genoemd wordt.

Naar aanleiding van het advies van het Cbp merken wij nog op dat de verplichting in de Wet bopz om een register van zelfbindingsverklaringen bij te houden, is gehandhaafd, zij het dat de verplichting niet langer op de IGZ maar op de commissie rust (artikel 5:18, tweede lid). Dit register beoogt betrokkene te beschermen en te voorkomen dat er in crisissituaties verplichte zorg wordt verleend die afwijkt van de zelfbindingsverklaring. Het Platform GGZ wijst terecht op de noodzaak om in situaties waarin een crisismaatregel wordt overwogen, actief te zoeken naar een zelfbindingsverklaring van betrokkene. In een dergelijke situatie kan betrokkene zodanig verward zijn, dat hij zelf niet in staat is om deze te vinden of aan te geven dat hij een zelfbindingsverklaring heeft opgesteld. Bij het verzoek om een crisismaatregel zal de burgemeester het register moeten raadplegen om te zien of betrokkene een zelfbindingsverklaring heeft opgesteld. Door deze controle in een goede ICT infrastructuur in te bedden, zal de behandeling van het verzoek voor een crisismaatregel geen vertraging hoeven op te lopen. Het register met zelfbindingsverklaringen is daarnaast van belang om te voorkomen dat de zelfbindingsverklaring op het moment van advisering aan de rechter niet beschikbaar is. Ook hier beoogt het register betrokkene te beschermen tegen vormen van verplichte zorg die niet in de zelfbindingsverklaring zijn opgenomen.

Artikel 4:3

Nadat betrokkene een zelfbindingsverklaring heeft opgesteld conform de daarvoor geldende procedure (artikelen 4:1 en 4:2), kan uiteraard de behoefte ontstaan om de zelfbindingsverklaring te wijzigen of in te trekken. Artikel 4:3 biedt hiertoe de mogelijkheid. Daarbij geldt wel dat de procedure van de artikelen 4:1 en 4:2 dient te worden gevolgd. Dit betekent dat de zorgverantwoordelijke opnieuw zal moeten bepalen of betrokkene in een zodanige geestelijke gezondheid verkeert dat hij tot een redelijke beoordeling en waardering van zijn belangen in staat is en de gevolgen overziet. Indien de onafhankelijke arts van oordeel is dat

betrokkene inmiddels zodanig in de greep is van zijn psychische stoornis dat hij niet tot een goede beoordeling van zijn situatie in staat is, zal de zelfbindingsverklaring niet kunnen worden gewijzigd of ingetrokken. Hiermee wordt voorkomen dat betrokkene in een slechte periode weer ongedaan maakt, waartoe hij in een goede periode weloverwogen heeft besloten.

Artikel 4:4

Artikel 4:4 bepaalt dat bij een verzoek voor een zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring er geen hoorzitting als bedoeld in artikel 5:13 hoeft plaats te vinden. Naar aanleiding van de adviezen van de NVvR en het Platform GGZ, dient bij het verzoek aan de rechter wel een medische verklaring te worden gevoegd. Hoewel de zelfbindingsverklaring al duidelijkheid verschaft over de psychische stoornis van betrokkene, is het mede gelet op artikel 5 EVRM noodzakelijk, dat de rechter op basis van een recent medisch oordeel een zorgmachtiging afgeeft die tot vrijheidsbeperking of vrijheidsbeneming legitimeert. Er bestaat ondanks het pleidooi daartoe door het Platform GGZ evenwel geen noodzaak voor een hoorzitting. De partijen die normaal gesproken bij een hoorzitting aanwezig zijn, kunnen door betrokkene en de zorgverantwoordelijke betrokken worden in de fase dat de zelfbindingsverklaring wordt opgesteld. Een hoorzitting biedt in het geval van een zelfbindingsverklaring geen toegevoegde waarde en zou tot een onnodige vertraging in de procedure leiden.

HOOFDSTUK 5 De commissie

Artikelen 5:1 en 5:2

In de artikelen 5:1 en 5:2 zijn de instelling en de taakomschrijving van de commissie geregeld. Wij volgen grotendeels de aanbevelingen van de evaluatiecommissie, maar hebben ook belangrijke wijzigingen aangebracht. Zo is de taak van de commissie beperkt tot het adviseren over en het verzoeken tot de afgifte van een zorgmachtiging, het adviseren over de beëindiging van de zorgmachtiging en de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging (artikel 5:1). Anders dan de evaluatiecommissie adviseert, stellen wij voor om de commissie niet te belasten met toezichthoudende en besluitvormende taken. Naar aanleiding van de adviezen van het GGZ Nederland, Platform GGZ, Stichting PVP en Stichting Pandora, is de commissie wel een taak toebedeeld om tekortkomingen in de uitvoering van de verplichte zorg te signaleren en te melden aan de inspectie. Het toezicht op de naleving van de wet is de primaire verantwoordelijkheid van de inspectie. De commissie is niet belast met actief toezicht, maar zal de signalen die zij vanuit haar eigen rol ontvangt over tekortschietende verplichte zorg bij de inspectie voor het voetlicht moeten brengen.

In artikel 5:2, tweede lid, is een grondslag voor een algemene maatregel van bestuur opgenomen. Deze is om meer redenen ruim geformuleerd. In de eerste plaats zal op deze wijze niet alles wat de commissie aangaat, tot in detail in de wet hoeven te worden vastgelegd. Door een aantal zaken op een lager regelgevingniveau vast te leggen, ontstaat de nodige flexibiliteit om de procedures op basis van praktijkervaringen aan te passen en zo nodig efficiënter te maken. In de tweede plaats zal op deze wijze rekening kunnen worden gehouden met de uitkomsten van de experimenten met de commissies. Het Platform GGZ, Stichting Pandora en het LOC pleiten voor voordracht van de algemene leden van de commissie door de patiënten- en familieorganisaties. Artikel 5:2, eerste lid, is zodanig aangepast dat de wijze van benoeming en de voordracht van de voorzitter en de leden van de commissie bij algemene maatregel van bestuur

worden geregeld. De voordracht van algemene leden door de patiënten- en familieorganisaties zal in de amvb nader worden uitgewerkt.

Artikelen 5:3 en 5:4

Artikel 5:3 bepaalt dat bij de commissie een schriftelijk en gemotiveerd verzoek kan worden ingediend om een advies over het verlenen van zorg en het toepassen van dwang aan de rechter voor te leggen. Artikel 5:3 bevat geen limitatieve opsomming van personen die een verzoek kunnen indienen bij de commissie. Hiervoor is gekozen, omdat de groep van beoogde verzoekers daarvoor te groot is. Het is onze bedoeling dat eenieder die voldoet aan het connexiteitsvereiste (zie artikel 5:3, derde lid, en 5:4, eerste lid, onder b) een verzoek kan indienen. Dit betekent dat functionarissen als de burgemeester, een politieambtenaar of een officier van justitie, maar ook ggz-instellingen een verzoek bij de commissie kunnen indienen. Daarnaast wordt niet bij voorbaat uitgesloten dat ook een goede vriend of een betrokken buurman als verzoeker kan optreden. Dit zijn immers mensen die nauw betrokken kunnen zijn bij de persoon in kwestie en zich het leed van hem aantrekken. Wel brengt het connexiteitsvereiste mee dat geen andere belangen dan het belang van de persoon met een psychische stoornis de boventoon kan voeren bij het indienen van een verzoek. De verzoeker zal bij zijn verzoek aan moeten geven in welke relatie hij tot de verzoeker staat en wat zijn beweegredenen zijn voor het indienen van het verzoek. Als de verzoeker naar het oordeel van de commissie te ver afstaat van de persoon voor wie een verzoek is ingediend, kan de commissie het verzoek niet-ontvankelijk verklaren.

Het verzoek zal aan een aantal (formele) eisen moeten voldoen om het efficiënt en snel te kunnen behandelen. Het is de bedoeling dat in de praktijk een standaardformulier wordt ontwikkeld voor het indienen van een verzoek. Als het nodig is dat daarvoor een model wordt vastgesteld, kunnen wij daartoe op advies van de commissie overgaan (artikel 5:3, vierde lid). Uit het verzoek zal onder meer duidelijk moeten blijken welke persoon het betreft, wie de verzoeker is en wat zijn relatie tot de persoon is, welke symptomen duiden op een psychische stoornis, waaruit het aanzienlijke risico op ernstige schade voor hemzelf of zijn omgeving bestaat, welke pogingen voor vrijwillige zorg al zijn ondernomen en de onvrijwillige zorg die men noodzakelijk acht (artikel 5:3). Om de commissie niet onnodig te belasten, kunnen ongemotiveerde of onvolledig ingevulde verzoeken worden afgewezen door middel van een niet-ontvankelijkverklaring. De commissie deelt de reden voor de afwijzing aan de verzoeker mee (artikel 5:4, tweede lid), opdat desgewenst opnieuw een verzoek kan worden ingediend bij de commissie. Tegen de beslissing van de commissie om een verzoek niet-ontvankelijk te verklaren, staat geen rechtsmiddel open.

Artikel 5:5

Artikel 5:5 bevat naast een informatieverplichting van de commissie (eerste lid), een aantal waarborgen voor betrokkene in de voorbereidingsfase. Zo zal de commissie zo snel mogelijk nadat zij een verzoek in behandeling neemt, het bureau rechtsbijstandvoorziening een last tot toevoeging van een advocaat moeten geven (tweede lid, zie ook de toelichting op hoofdstuk 11). Wat betreft de verstrekking van persoonsgegevens van betrokkene geldt dat de commissie deze aan de patiëntenvertrouwenspersoon dient te verstrekken, opdat de patiëntenvertrouwenspersoon zijn diensten aan betrokkene kan aanbieden (derde lid). Als betrokkene daar bezwaar tegen heeft, blijft de verstrekking van persoonsgegevens evenwel achterwege (vierde lid).

Artikel 5:6

Nadat de commissie een volledig en gemotiveerd verzoek heeft ontvangen, zal de commissie moeten zorgen voor een onafhankelijke medische verklaring van een daartoe gespecialiseerde arts (eerste lid). Met «een daartoe gespecialiseerde onafhankelijke arts» wordt bedoeld op een psychiater, maar ook, afhankelijk van de aandoening(en), een verpleeghuisarts, een geriater, een verslavingsarts of een arts voor verstandelijk gehandicapten. Met deze term wordt invulling gegeven aan het vereiste dat blijkens de jurisprudentie op basis van artikel 5 EVRM bij het opstellen van een medische verklaring een «medical expert» betrokken moet zijn (EHRM, 5 oktober 2000, Varbanov tegen Bulgarije, BJ 2001, nr. 36). Bovendien zal de verklaring tegen de achtergrond van artikel 5 EVRM, een actuele weergave van de gezondheidstoestand van betrokkene moeten bevatten (EHRM, 24 september 1992, Herczegfalvy tegen Oostenrijk). Als er bij betrokkene sprake is van meervoudige problematiek (bijvoorbeeld schizofrenie en verslaving) kan de medische verklaring ook door twee of meer medisch deskundigen worden opgesteld.

In de medische verklaring zal in elk geval moeten worden ingegaan op de symptomen en, zo mogelijk, een diagnose (eerste lid, onderdeel a). Een diagnose is niet direct altijd te stellen. Het komt regelmatig voor dat een persoon met psychotische kenmerken nader (en ook langdurig) moet worden onderzocht, om een definitieve diagnose te kunnen stellen. Achter psychoses kunnen immers meer aandoeningen schuil gaan. Ook zal de medische verklaring de eventuele relatie tussen de psychische stoornis en het schadelijke gedrag moeten vermelden (eerste lid, onderdeel b).

Ten slotte zal de medische verklaring de zorg moeten vermelden die volgens de onafhankelijke medicus nodig is om het doel van dwang te bereiken (eerste lid, onderdeel c).

Anders dan onder het regime van de Wet bopz het geval is, zal de medisch deskundige altijd een medische verklaring moeten afgeven. Als de medisch deskundige van oordeel is dat er geen sprake is van een psychische stoornis, dan wel dat het aanzienlijke risico op ernstige schade zeer beperkt wordt geacht, zal een medische verklaring met die strekking moeten worden opgesteld. De medische verklaring krijgt daarmee een zuiver medisch karakter en hoeft niet langer vooruit te lopen op het oordeel van de rechter ten aanzien van de proportionaliteit van onvrijwillige zorg. Bovendien wordt de medische verklaring losgeweekt van het juridisch begrippenkader van de wet, waardoor de medisch deskundige niet langer feitelijk belast wordt met een juridische afweging. Ook zal het probleem dat door de evaluatiecommissie werd gesignaleerd, namelijk dat de verzoeker (familie of de officier van justitie) met lege handen staat op het moment dat de psychiater weigert om een geneeskundige verklaring op te stellen, zich in deze opzet niet langer voordoen. Zodra een gemotiveerd verzoek is ingediend, wordt een medische verklaring opgesteld die als basis dient voor het advies van de commissie.

Ook hier geldt dat het de bedoeling is dat in de praktijk een standaardformulier wordt ontwikkeld en gebruikt voor het opstellen van de medische verklaring. Mocht daartoe aanleiding zijn, dan kunnen wij op advies van de commissie een model hiervoor vaststellen (tweede lid).

Artikel 5:7

In hoofdstuk 2 is als algemeen uitgangspunt geformuleerd dat bij de voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van verplichte zorg, zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de wensen en voorkeuren van betrokkene (artikel 2:1, vijfde lid). Artikel 5:7 werkt dit uitgangspunt uit door de zorgverantwoordelijke te verplichten om een zorgkaart op te stellen. Op deze zorgkaart worden de wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de (verplichte) zorg vastgelegd. De bepaling dat de zorgverantwoordelijke samen met betrokkene en zijn eventuele vertegenwoordiger de verklaring opstelt, benadrukt dat de zorgkaart het perspectief van betrokkene weergeeft en niet van de zorgverantwoordelijke. Met name personen aan wie al eerder onvrijwillige zorg is verleend zullen eigen voorkeuren voor de soort medicatie, de wijze van toediening en het al dan niet toepassen van specifieke dwangmaatregelen hebben ontwikkeld.

De zorgkaart dient al tijdens de voorbereiding van de verplichte zorg te worden opgesteld, zodat de zorgverantwoordelijke hier rekening mee kan houden bij het opstellen van het zorgplan en de commissie bij het uitbrengen van haar advies. In deze voorbereidende fase doet het nog niet terzake of de voorkeuren van betrokkene al dan niet gehonoreerd kunnen worden in de uiteindelijke zorgmachtiging. De zorgverantwoordelijke zal de wensen en voorkeuren in alle gevallen dienen vast te leggen. Bij het opstellen van het zorgplan kan de zorgverantwoordelijke aangeven welke voorkeuren naar zijn oordeel gehonoreerd kunnen worden. Artikel 5:8, eerste lid, onderdeel d, schrijft ook voor dat de zorgverantwoordelijke zijn keuze om de voorkeuren van betrokkene al dan niet te honoreren, dient te verantwoorden in het zorgplan. In de zorgmachtiging zal eveneens tot uiting komen op welke wijze tegemoet moet worden gekomen aan de wensen en voorkeuren van de patiënt (artikel 6:3, derde lid, onderdeel c).

In het advies van de commissie aan de rechter worden deze voorkeuren van de patiënt opgenomen, tezamen met de zienswijze van de zorgverantwoordelijke in het zorgplan of deze voorkeuren al dan niet gehonoreerd kunnen worden (artikel 5:8, eerste lid, onderdeel d). De rechter zal dan uiteindelijk moeten oordelen in hoeverre tegemoet kan worden gekomen aan de voorkeuren van de patiënt. De door de rechter gehonoreerde voorkeuren zullen afzonderlijk in de zorgmachtiging worden vermeld (artikel 6:3, derde lid, onderdeel c).

Artikel 8:6 bepaalt dat de zorgaanbieder er zorg voor moet dragen dat de zorgkaart bekend is bij de zorgverantwoordelijke. Op de zorgverantwoordelijke rust uiteraard de taak om de inhoud van de zorgkaart bekend te maken bij de zorgverleners die bij de dagelijkse uitvoering van de zorgmachtiging betrokken zijn. Uit artikel 8:6 vloeit voort dat betrokkene de zorgkaart kan laten wijzigen. Zeker als betrokkene nog niet eerder in aanraking is geweest zal het moeilijk zijn op voorhand de wensen en voorkeuren te formuleren. Op basis van de opgedane ervaringen kan de betrokkene dan alsnog zijn zorgkaart laten aanpassen. Indien die voorkeuren strijdig zijn met de zorgmachtiging kan de geneesheer-directeur hiervan aantekening maken op de zorgkaart.

Betrokkene kan voor het opstellen van de zorgkaart een beroep doen op de patiëntenvertrouwenspersoon.

Artikel 5:8 bevat een regeling voor het opstellen van het zorgplan. De betrokkene zal in veel gevallen al in contact staan met hulpverleners en onder behandeling zijn voor zijn psychische stoornis. Degene die verantwoordelijk is voor de zorgverlening kan in die situatie door de commissie worden gevraagd een zorgplan op te stellen voor de patiënt. Als er nog geen zorgverantwoordelijke is, wijst de commissie een psychiater of een andere medisch deskundige aan die als zorgverantwoordelijke een zorgplan dient op te stellen (artikel 5:9).

Tijdens de besprekingen met de veldpartijen is gewezen op het grote belang van een goede diagnose voor het opstellen van een zorgplan en het bepalen van de passende onvrijwillige zorg. Er zal voldoende tijd moeten worden genomen om een adequate diagnose te stellen en op alle andere aspecten van het zorgplan (eerste lid, onderdelen a tot en met i), zeker indien betrokkene voor de eerste keer in aanraking komt met de ggz. In dat geval hebben betrokkene, de zorgverleners, de familie en naasten nog geen ervaring opgedaan met wat wel of niet bijdraagt aan het herstel. Er zal dan meer tijd geïnvesteerd moeten worden om met betrokkene en zijn omgeving duidelijkheid te krijgen over de symptomen, de diagnose en de noodzakelijke zorg. Ook als betrokken uit een andere cultuur afkomstig is, zal hier rekening mee moeten worden gehouden. Het zorgplan zal maatwerk moeten bevatten. Vanwege tijdsdruk zal geen toevlucht mogen worden genomen tot een standaardbehandeling. Zonodig zal een second opinion moeten worden gevraagd bij het opstellen van het zorgplan.

Indien het niet mogelijk is om binnen een periode van maximaal 4 weken een zorgplan op te stellen, kan de commissie de rechter om een zorgmachtiging van beperkte duur verzoeken die strekt tot het vaststellen van een adequaat zorgplan (artikel 5:14, eerste lid). Van deze laatste mogelijkheid zal gebruik kunnen worden gemaakt indien de termijn van vier weken ook niet toereikend wordt geacht of er een dringende noodzaak bestaat om al direct een vorm van onvrijwillige zorg toe te passen (zie hierover nader hoofdstuk 6).

Uitgangspunt is dat overeenstemming wordt bereikt tussen de zorgverantwoordelijke en betrokkene over de inhoud van het zorgplan. Als deze overeenstemming niet tot stand komt, zal het zorgplan de redenen daartoe moeten vermelden (tweede lid).

In het zorgplan (artikel 5:8, eerste lid, onderdeel b) wordt opgenomen welke zorg noodzakelijk is voor het wegnemen van het risico op ernstige schade onder normale omstandigheden en welke zorg noodzakelijk kan zijn in voorzienbare crisissituaties van betrokkene. In lijn met het uitgangspunt van zorg op maat achten wij het wenselijk dat de rechter zich ook vooraf uitspreekt over de vormen van verplichte zorg die mogen worden toegepast in voorzienbare crisissituaties. Als de situatie van betrokkene zodanig verslechtert dat er een onvoorzienbare crisissituatie ontstaat, kan het noodzakelijk zijn om een vorm van verplichte zorg te verlenen, waar de zorgmachtiging niet in voorziet. In deze uitzonderlijke noodsituatie kan dan gebruik worden gemaakt van de mogelijkheid van tijdelijke verplichte zorg in onvoorziene situaties (artikel 8:9). Deze mogelijkheid van paragraaf 3 van hoofdstuk 8 (Tijdelijke en verplichte zorg in onvoorziene situaties) is bedoeld voor noodsituaties en het gebruik ervan zal tot een minimum beperkt moeten blijven.

Artikelen 5:10 tot en met 5:12

De artikelen 5:10 tot en met 5:12 bevatten regels over gegevensversprekking aan de commissie, waarbij ook een voorziening is getroffen voor het doorbreken van de geheimhoudingsplicht, als betrokkene geen toestemming geeft voor het verstrekken van gegevens (artikel 5:11, derde lid). Hiermee kan, als dit noodzakelijk is voor de vervulling van de taak van de commissie, bijvoorbeeld ook het medisch beroepsgeheim van de arts worden doorbroken.

Naar aanleiding van het advies van het CBP is artikel 5:12, eerste lid, dat de doorbreking van het beroepsgeheim mogelijk maakt, nader geclausuleerd. De geheimhouder kan alleen zijn geheimhoudingsplicht doorbreken, om de commissie van de noodzakelijke informatie te voorzien voor het advies aan de rechter over de zorgmachtiging en aan de geneesheer-directeur over de beëindiging van de verplichte zorg. Daarnaast kan de geheimhoudingsplicht worden doorbroken om de commissie te informeren over tekortkomingen in de uitvoering van verplichte zorg, ten behoeve van de signaleringsfunctie van de commissie richting de inspectie. In al deze drie gevallen kan er een noodzaak bestaan om informatie met de commissie te delen die van belang is voor een goede beoordeling van de noodzaak tot verplichte zorg of voor het kunnen optreden tegen misstanden bij de uitvoering van de verplichte zorg. Tevens is in reactie op het advies van het CPB in het tweede lid een geheimhoudingsplicht opgenomen voor de leden van de commissie. De leden van de commissie kunnen deze geheimhoudingsplicht alleen doorbreken indien dat noodzakelijk is voor de uitvoering van haar taken, zoals bijvoorbeeld het adviseren van de rechter, of indien een wettelijk voorschrift daartoe noodzaakt.

Naar aanleiding van het advies van de Raad van State is naar analogie van artikel 5:12, de commissie niet bevoegd om inlichtingen te vorderen ten aanzien van bijzondere persoonsgegevens ten behoeve van haar algemene taken, bedoeld in artikel 5:1, onderdelen e en f.

Artikel 5:13

Nadat de commissie de noodzakelijke informatie (waaronder de medische verklaring en het zorgplan) heeft ontvangen, zal een zitting worden gehouden om betrokken partijen te horen. Naast de persoon op wie het verzoek betrekking heeft, zijn eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger(s) en de indiener van het verzoek, stelt de commissie tijdens een zitting de zorgverantwoordelijke, de patiëntcontactpersoon, de advocaat en zonodig deskundigen in de gelegenheid om hun zienswijze kenbaar te maken (eerste lid). Wij stellen ons voor dat deze zitting een zo informeel mogelijk karakter zal moeten hebben, zodat de betrokken partijen zich naar de omstandigheden vrij en vertrouwd voelen en zonder schroom hun visie kunnen verwoorden in deze vaak emotioneel geladen situatie. Vanwege de meerwaarde van de onderlinge interactie is voorgeschreven dat de commissie iedereen gelijktijdig en gezamenlijk hoort (tweede lid). Hierop kan een uitzondering worden gemaakt, als betrokkene daar bedenkingen tegen heeft. Om voor betrokkene geen hoge drempel op te werpen om bij deze hoorzitting aanwezig te zijn, kan deze ook plaatsvinden in de zorginstelling of andere locatie waar hij zich bevindt (derde lid). Bij de hoorzitting kan betrokkene zich laten bijstaan door zowel de patiëntenvertrouwenspersoon als zijn advocaat. Aangezien de patiëntenvertrouwenspersoon en de advocaat verschillende rollen voor de betrokkene vervullen, dienen zij beide in de mogelijkheid te worden gesteld hun zienswijze voor de commissie uiteen te zetten. Van de zitting wordt een uitgebreid verslag gemaakt, zodat de rechter kennis kan nemen van de

zienswijzen die bij de commissie door de verschillende partijen zijn ingebracht.

Artikel 2:7 verplicht alle actoren die bij de uitvoering van verplichte zorg betrokken zijn, om betrokkene in een voor hem begrijpelijke taal te informeren over de verplichte zorg. Aangezien het verzoek voor een zorgmachtiging ertoe kan leiden dat betrokkene van zijn vrijheid wordt beroofd, zal betrokkene op grond van artikel 5 EVRM niet alleen in een voor hem begrijpelijke taal moeten worden geïnformeerd, maar ook in de gelegenheid moeten worden gesteld om zich in zijn eigen taal te verweren tegen de voorgenomen vrijheidsbeperkingen. Het vierde lid bepaalt dat betrokkene bij de hoorzitting recht heeft op de bijstand van een beëdigde tolk. Het zal niet in alle gevallen waarin betrokkene de Nederlandse taal onvoldoende beheerst, noodzakelijk zijn om een beëdigde tolk in te schakelen. Het is zeer goed denkbaar dat bijvoorbeeld een naaste of familielid als tolk optreedt. De commissie zal zich in dergelijke situaties ervan moeten vergewissen dat de persoon die als tolk optreedt over voldoende kwaliteiten beschikt om adequaat te kunnen vertalen. De kosten van de bijstand van een tolk komen ten laste van de commissie.

Artikel 5:14

Het eerste lid bepaalt dat de commissie haar schriftelijke en gemotiveerde advies uiterlijk vier weken na ontvangst van het verzoek moet meedelen aan de in dat lid bedoelde personen.

De commissie kan op grond van het tweede lid, het advies alleen aan de rechter voorleggen als er met voldoende zekerheid een psychische stoornis is vastgesteld, aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan en met de verplichte zorg het aanzienlijke risico op ernstige schade kan worden weggenomen.

De RvdR pleit er in haar advies voor dat de commissie ook de zienswijze van betrokkene en zijn advocaat, zoals die bij de hoorzitting zijn verwoord, bij de stukken voegt die de commissie aan de rechter overlegt. Deze suggestie is in enigszins gewijzigde vorm overgenomen in het derde lid. Er is niet voor gekozen om een verslag van de hoorzitting als apart stuk te voegen bij het advies, maar onderdeel te maken van het advies. Daarnaast bepaalt het derde lid dat het advies van commissie vermeldt welke zorgaanbieder en geneesheer-directeur kunnen worden belast met de uitvoering van de verplichte zorg. Om te voorkomen dat er na de afgifte van de zorgmachtiging (capaciteit)problemen blijken met betrekking tot de zorgverlening, schrijft het vierde lid voor dat de commissie daartoe voorafgaand overleg voert met de beoogde zorgaanbieder en de geneesheer-directeur.

Als de commissie vindt dat de mogelijkheden voor vrijwillige zorg onvoldoende zijn benut, zal zij dit in haar advies moeten verwerken, onder vermelding van de minder belastende alternatieven (vijfde lid). In dat geval zal de commissie de verzoeker hiervan op de hoogte dienen te stellen en het verzoek niet verder in behandeling nemen. De commissie zal in een dergelijke situatie ook de instelling of zorgverantwoordelijke (bijv. een ACT-team) op de hoogte kunnen brengen van de noodzaak voor vrijwillige of bemoeizorg (artikel 5:1, onderdeel e).

Artikel 5:15

In het advies van de commissie zal helder tot uitdrukking moeten komen of er een noodzaak bestaat voor het verlenen van verplichte zorg. Het eerste lid bepaalt dat indien de commissie tot het oordeel is gekomen dat aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan, een verzoek tot afgifte van een zorgmachtiging aan de rechter dient te worden voorgelegd.

Indien de commissie op grond van haar bevindingen en de aangeleverde informatie van oordeel is dat niet is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg, wordt het advies van de commissie daarentegen niet aan de rechter voorgelegd. Wel zal ongeacht de inhoud van het advies, de commissie haar advies meedelen aan de verzoeker, de betrokkene, de vertegenwoordiger, de geneesheer-directeur, de zorgaanbieder, de patiëntcontactpersoon en de advocaat (artikel 5:14, eerste lid).

Het tweede en derde lid voorzien in een regeling voor de situatie waarin degene die het verzoek voor een zorgmachtiging bij de commissie heeft ingediend, zich niet kan vinden in een negatief advies van de commissie. Gelet op de adviserende rol die de commissie is toebedeeld, is het niet wenselijk dat het advies van de commissie een finaal oordeel inhoudt en de mogelijkheid van een rechterlijk oordeel zou uitsluiten. Degene die het verzoek voor een zorgmachtiging bij de commissie heeft ingediend, kan daarom binnen 14 dagen een gemotiveerd verzoek bij de commissie indienen om alsnog een verzoek voor een zorgmachtiging aan de rechter voor te leggen (tweede lid). De commissie zal indien zij het verzoek honoreert haar negatieve advies tezamen met het verzoek voor een zorgmachtiging aan de rechter voorleggen. Om de rechter niet onnodig te belasten, geldt wel als voorwaarde dat er een psychische stoornis bij betrokkene moet zijn vastgesteld die noodzaakt tot zorg en dat het verzoek voldoende gemotiveerd is (derde lid).

Artikel 5:16

De commissie heeft op grond van artikel 5:14 maximaal vier weken de tijd om het advies aan de rechter voor te bereiden. In een aantal situaties is deze termijn van vier weken te lang, gelet op de noodzaak om snel tot door de rechter gelegitimeerde verplichte zorg over te kunnen gaan. Artikel 5:16 bepaalt dat de commissie in een drietal bijzondere situaties zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen drie of vijf dagen een verzoek voor een zorgmachtiging aan de rechter voorlegt. Het betreft de gevallen waarin een verzoek voor een zorgmachtiging wordt gedaan op grond van een zelfbindingsverklaring (artikel 4:4), in aansluiting op een crisismaatregel (artikel 7:9) of ter continuering van tijdelijke verplichte zorg in een crisissituatie (artikel 8:10, vierde lid).

Bij een verzoek voor een zorgmachtiging op grond van een zelfbindingsverklaring is de taak van de commissie feitelijk beperkt tot het doorgeleiden van de zelfbindingsverklaring naar de rechter. De commissie hoeft in dat geval geen zorgplan op te laten stellen noch een hoorzitting te houden. De termijn van drie dagen zal dan genoeg tijd bieden om de zelfbindingsverklaring en het advies aan de rechter voor te leggen. Indien de crisismaatregel onvoldoende blijkt om het aanzienlijke risico op ernstige schade af te wenden, biedt artikel 7:9 de mogelijkheid om een aansluitende zorgmachtiging aan te vragen en de verplichte zorg voort te zetten totdat de rechter over het verzoek heeft beslist. Als de normale procedures zouden worden gevolgd, zou dit betekenen dat de commissie het verzoek binnen vier weken aan de rechter moet voorleggen, die op zijn beurt twee weken de tijd heeft om uitspraak te doen. Aangezien het onwenselijk is dat er gedurende een periode van zes weken verplichte zorg wordt verleend, zonder dat een rechter zich heeft uitgesproken over de noodzaak daartoe, gelden in dit geval eveneens afwijkende termijnen om te bewerkstelligen dat er binnen zes dagen een zorgmachtiging kan worden afgegeven door de rechter. De commissie dient daartoe binnen drie dagen het verzoek aan de rechter voor te leggen. Voor de rechter geldt vervolgens eveneens een beslistermijn van drie dagen (artikel 6:2, onderdeel b).

De hierboven aangehaalde argumenten gelden op gelijke wijze indien er een verzoek wordt gedaan om een zorgmachtiging te wijzigen, teneinde de tijdelijke verplichte zorg in een noodsituatie te continueren (artikel 8:10, tweede lid). Aangezien de voorbereiding van het advies bij een dergelijk verzoek meer tijd zal kosten, bepaalt het tweede lid dat de commissie uiterlijk binnen vijf dagen een advies aan de rechter dient voor te leggen.

Artikel 5:17

Artikel 5:17 bevat een opsomming van de documenten die bij een verzoek aan de rechter moeten worden bijgevoegd. Indien het een verzoek voor een zorgmachtiging op grond van een zelfbindingsverklaring betreft, geldt niet het vereiste dat de commissie een medische verklaring en een zorgplan moet overleggen.

Artikel 5:18

GGZ Nederland pleit in haar advies voor een landelijke registratie van gegevens over de toepassing van verplichte zorg. Gelet op de daarvoor aangevoerde argumenten is in artikel 5:18 een registerplicht opgenomen. Met het oog op de uitvoering van de taken van de commissie is het noodzakelijk dat zij beschikt over gegevens over de toepassing van verplichte zorg. Maar ook het toezicht door de inspectie is alleen goed mogelijk als de inspectie over de relevante gegevens kan beschikken. Artikel 5:18 verplicht daarom de commissie om verschillende gegevens bij te houden in een register. Tezamen met de gegevens die de zorgaanbieder registreert op grond van artikel 8:17, vormt dit register de basis voor het toezicht door de inspectie.

De commissie zal zowel haar eigen gegevens, als de gegevens die zij op grond van deze wet in afschrift krijgt in het register vastleggen. Het betreft de afschriften die de commissie ontvangt van de burgemeester, de rechtbank, de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke, de klachtencommissie en de arts die de medische verklaring opstelt (eerste lid). Daarnaast dient de commissie een register bij te houden van de zelfbindingsverklaringen. Naar aanleiding van het advies van het Cbp is de noodzaak en het gebruik van dit register verder uitgewerkt in het wetsvoorstel. Zo is aan artikel 7:6 een bepaling toegevoegd, die de burgemeester verplicht om het register met zelfbindingsverklaringen te raadplegen, voordat hij een crisismaatregel neemt (artikel 7:6, tweede lid, onderdeel c). Afhankelijk van de omstandigheden kan de burgemeester dan afzien van een crisismaatregel en de commissie verzoeken om een zorgmachtiging op grond van de zelfbindingsverklaring aan de rechter voor te leggen. Daarnaast bepaalt artikel 7:5, vijfde lid, nu expliciet dat de arts die de medische verklaring ten behoeve van een crisismaatregel opstelt, het register dient te raadplegen. Zoals in de toelichting bij artikel 7:5 is uiteengezet, dient dit ook het belang van betrokkene in die zin, dat de arts bij zijn advies over de verplichte zorg rekening houdt met de voorkeuren van betrokkene die in de zelfbindingsverklaring zijn vastgelegd.

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de exacte gegevens die in het register moeten en mogen worden vastgelegd en de gegevensverstrekking. Om te voorkomen dat er onnodige administratieve lasten ontstaan en gegevens dubbel moeten worden ingevoerd, kunnen in het besluit of een ministeriële regeling regels worden gesteld over de wijze waarop de afschriften aan de commissie worden verstrekt. Hetzelfde geldt voor de wijze waarop de gegevens door de commissie aan de inspectie worden verstrekt. Met

behulp van een adequate ICT-infrastructuur kunnen de administratieve lasten op dit punt tot een minimum beperkt worden.

Artikel 5:19

Naar aanleiding van het advies van het Cbp om de bewaartermijnen voor de gegevens van de commissie niet bij algemene maatregel van bestuur te regelen, maar in de wettelijke regeling zelf op te nemen, is artikel 5:19 toegevoegd.

Bij de bewaartermijnen is aangesloten bij de termijn van dertig jaar die in de Wet cliëntenrechten zorg zullen worden gehanteerd voor het bewaren van medische gegevens (eerste lid). Het tweede lid bepaalt echter dat de gegevens na vijf jaar moeten worden vernietigd als er geen verzoek voor een zorgmachtiging aan de rechter is voorgelegd. Gelet op artikel 5:4, eerste lid, onderdeel c, is het van belang dat de commissie gedurende enige tijd kan beschikken over de gegevens die in verband staan met een verzoek waarop de commissie een afwijzend advies heeft gegeven. In het geval dat het verzoek door de commissie niet-ontvankelijk is verklaard, geldt een bewaartermijn van een jaar.

Het derde lid bepaalt dat betrokkene niet zelf om vernietiging van de gegevens kan verzoeken. Aangezien betrokkene niet de enig belanghebbende is bij deze gegevens, is het onwenselijk dat hij zelf een verzoek tot vernietiging kan doen. De taakuitvoering van de commissie en de inspectie zou ernstig belemmerd kunnen worden als betrokkene ten tijde van de uitvoering van de zorgmachtiging al om vernietiging van zijn gegevens zou kunnen verzoeken. Ook voor de beoordeling van een verzoek voor een aansluitende zorgmachtiging is het van belang dat de commissie nog kan beschikken over de gegevens die van belang zijn geweest bij het voorgaande verzoek om een zorgmachtiging. Artikel 8:16, tweede lid, bevat een gelijksoortige bepaling die het onmogelijk maakt voor betrokkene om vernietiging van zijn medisch dossier te vragen.

Het vierde lid bepaalt dat vernietiging niet plaats kan vinden als bijzondere belangen of wettelijke bepalingen noodzaken tot bewaring van de gegevens langer dan de in het eerste en tweede lid genoemde termijnen. Ook voor deze bepaling geldt dat aansluiting is gezocht bij het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg.

Artikel 5:20

Het advies van het Cbp heeft aanleiding gegeven om de bepaling over de verwerking van gegevens door de commissie grondig te herzien. De verstrekking van gegevens door de commissie aan personen die betrokken zijn bij de uitvoering van de wet wordt niet bij algemene maatregel van bestuur geregeld, maar is in artikel 5:20 uitgewerkt. Het eerste lid bepaalt dat de commissie gegevens kan verstrekken aan personen die betrokken zijn bij de uitvoering van de wet. Bij de verstrekking van gegevens geldt dat de commissie moet toetsen of de verstrekking van de gegevens noodzakelijk is voor een goede uitoefening van zijn taken op grond van deze wet. Aangezien de commissie doorgaans beschikt over bijzondere gegevens in de zin van de Wbp, zal zij een afweging moeten maken ten aanzien van de noodzaak van de verstrekking. Voor een goede taakuitvoering van de verschillende actoren is het wel van belang dat ook medische gegevens door de commissie aan bijvoorbeeld de rechter of de zorgverantwoordelijke kunnen worden verstrekt, ook als betrokkene zelf niet instemt met de verstrekking. De rechter zou bijvoorbeeld in een onmogelijke positie raken, als hij alleen na toestemming van betrokkene kennis zou kunnen nemen van een

medische verklaring of het advies van de commissie. Daarom is niet vereist dat betrokkene instemt met de verstrekking van de noodzakelijke gegevens aan de personen die op grond van deze wet taken zijn opgedragen.

Ten aanzien van gegevens die niet noodzakelijk zijn voor een goede uitvoering van een taak op grond van deze wet geldt, dat de commissie de gegevens alleen kan verstrekken met toestemming van betrokkene en de persoonlijke levenssfeer van derden daardoor niet wordt geschaad of indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht.

Artikel 5:21

Ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek kunnen gegevens zonder toestemming van betrokkene door de commissie worden verstrekt. Voorwaarde daarbij is wel dat het onderzoek moet voorzien in voldoende waarborgen voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkene en een zwaarwegend algemeen belang dient. De bescherming van de privacy van betrokkene kan bijvoorbeeld worden bereikt door het anonimiseren van de gegevens. Betrokkene kan de verstrekking van zijn gegevens voor wetenschappelijk onderzoek voorkomen door uitdrukkelijk bezwaar te maken tegen verstrekking voor dit doel.

HOOFDSTUK 6 De zorgmachtiging

De Wet bopz kent thans vele rechterlijke machtigingen op grond waarvan een persoon met een psychische stoornis onvrijwillig kan worden opgenomen (voorlopige machtiging, machtiging voortgezet verblijf, machtiging voortzetting inbewaringstelling, machtiging op eigen verzoek, voorwaardelijke machtiging, observatiemachtiging, zelfbindingsmachtiging), die elk afzonderlijk ook nog eens worden gekenmerkt door ingewikkelde procedures.

Wij ondersteunen het pleidooi van de evaluatiecommissie voor een persoonsvolgend systeem waarin één rechterlijke machtiging (voorafgaand aan de toepassing van dwang) op basis van een advies van de commissie over de noodzakelijke zorg legitimeert tot met name genoemde interventies. Wij noemen dit de zorgmachtiging. De interventies die de persoon in kwestie op basis van een zorgmachtiging moet gedogen, kunnen betrekking hebben op ambulante zorg (huishoudelijke ondersteuning, activerende begeleiding), ambulante behandeling (medicatie, deelname aan therapieën) of intramurale behandeling (opname, behandeling, medicatie, verschillende vormen van beveiliging). De evaluatiecommissie beveelt rechterlijke toetsing vooraf aan ook ten aanzien van gedwongen interventies in de ambulante zorg, omdat deze ook een beperking van de fundamentele vrijheden kunnen meebrengen (vrijheidsbeneming, lichamelijke integriteit, privacy). De gedwongen opnemings zal in dit systeem één van de interventies in de zorgketen zijn waarvan de rechter kan bepalen dat en wanneer ze nodig zijn.

Dit systeem sluit aan bij de werkwijze van de ggz waarbij de zorg vergelijkbaar is georganiseerd en gefaseerd wordt aangeboden. Wij zijn het met de evaluatiecommissie eens dat met het ruime bereik van de voorgestelde machtiging maatwerk kan worden geleverd, in die zin dat het mogelijk wordt om daarbinnen voor de minst beperkende en de voor de persoon in kwestie minst bezwarende vormen van dwang te kiezen.

Het huidige machtigingenstelsel brengt mee dat niet in alle gevallen voor de optimale vorm van (gedwongen) zorg wordt of kan worden gekozen. Zo kan een gedwongen opnemings, indien al mogelijk, bij personen met

een persoonlijkheidsstoornis die aan het criterium voor dwang voldoen, contrageïndiceerd zijn, terwijl het aanzienlijke risico op ernstige schade wellicht wel met toepassing van andere vormen van gedwongen (ambulante) zorg (zoals gedragstherapie of medicatie) kan worden afgewend. Ook kan het voor een persoon met een voorwaardelijke machtiging veel minder belastend zijn, indien hij bij niet-naleving van de voorwaarden enkel onder dwang wordt opgenomen om de met de machtiging voorziene behandeling toe te passen. Verder is het ook goed denkbaar dat het voor het louter vaststellen van de nadere zorgbehoefte nodig is dat iemand kortdurend onvrijwillig verblijft in een zorginstelling.

De huidige Wet bopz maakt een dergelijke differentiatie niet mogelijk. De voorgestelde zorgmachtiging brengt hier verandering in en biedt de mogelijkheid tot maatwerk. Uiteraard zal deze mogelijkheid tot maatwerk moeten worden gekoppeld aan de voorgestelde criteria voor verplichte zorg (zie de toelichting op de artikelen 3:3 en 3:4).

Vanzelfsprekend kan de zorgmachtiging niet los worden gezien van de introductie van de commissie. Het bereik van de zorgmachtiging zal naadloos moeten aansluiten bij de omvang van de adviestaak van de commissie. Met een grondige en kwalitatief goede voorbereiding van advies zal de rechter kunnen besluiten tot een machtiging waarmee de best geclausuleerde interventies kunnen worden gelegitimeerd, en dus de juiste begrenzing van de dwang kunnen vaststellen. Het is dat wat ons voor ogen staat: wanneer de commissie op basis van een goed gemotiveerd en gedocumenteerd verzoek kan aangeven waarom, op welk moment en voor welke duur een bepaalde vorm van dwang een geëigende interventie is, beschikt de rechter over juiste en accurate informatie om te beslissen over het verzoek.

Artikel 6:1

Voorgesteld wordt dat wanneer de commissie een verzoek tot afgifte van een zorgmachtiging aan de rechter doet, de rechter betrokkene en zijn advocaat in de gelegenheid stelt om te worden gehoord (eerste lid). Omdat er al een extensieve (hoor)procedure bij de commissie aan vooraf is gegaan en een uitgebreide documentatie voor de rechter beschikbaar is, is het niet nodig om het horen analoog aan de huidige hoorplicht in artikel 8 van de Wet bopz in te vullen. Het tweede lid, bepaalt dat de rechter zich zonodig kan laten voorlichten door degene die het verzoek bij de commissie heeft ingediend, de familie van betrokkene, de arts die de medische verklaring heeft opgesteld en de zorgaanbieder of zorgverantwoordelijke. Naar verwachting zal de rechter in beperkte mate gebruik maken van deze mogelijkheid, nu de verschillende personen bij de hoorzitting van de commissie hun zienswijze kenbaar hebben kunnen maken en deze zienswijzen in het advies van de commissie zijn opgenomen (5:14, derde lid, onderdeel b). Het horen door de rechter zou een doublure kunnen betekenen die voor alle betrokkenen als zeer belastend kan worden ervaren. In het geval dat de rechter zich desalniettemin wil laten voorlichten, bepaalt het zesde lid dat de persoon die het verzoek bij de commissie heeft ingediend, de arts die de medische verklaring heeft opgesteld, de zorgaanbieder of zorgverlener en de leden van de commissie verplicht kunnen worden om in de rechtbank te verschijnen. Het staat de rechter uiteraard vrij om personen op te roepen om te verschijnen in de rechtbank, maar verschijningsplicht geldt alleen voor de in het vijfde lid met name genoemde personen.

De mogelijkheid bestaat dat de rechter betrokkene op een andere plaats dan de rechtbank hoort, bijvoorbeeld wanneer hij verblijft in een instelling of anderszins niet bij machte is om naar de rechtbank te komen (derde lid).

Naar aanleiding van de vragen van de NVVR omtrent het horen van deskundigen is het vierde lid toegevoegd. De rechter kan zonodig ook deskundigen horen. Hij kan ambtshalve beslissen om een deskundige in te schakelen, maar betrokkene kan ook een verzoek doen aan de rechter om een deskundige te horen. De rechter zal in principe gehoor moeten geven aan een dergelijk verzoek. Indien de rechter echter van oordeel is dat het niet noodzakelijk is om de voorgestelde deskundige te horen en dit de belangen van betrokkene niet zal schaden, kan hij besluiten om de deskundige niet te horen. In dat geval zal de rechter deze afwijzing in zijn uitspraak moeten motiveren. De kosten van deskundigen komen in afwijking van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering ten laste van de Staat (achtste lid). Aangezien de commissie als orgaan van de Staat een verzoekschriftprocedure bij de rechtbank initieert om betrokkene ernstig in zijn vrijheden te beperken, is het bezwaarlijk dat betrokkene zelf de kosten van deskundigen zou moeten betalen, teneinde zijn vrijheden te behouden.

Het zesde en zevende lid waarborgen dat betrokkene en zijn advocaat in staat worden gesteld om weerwoord te geven op de verklaringen van de verschillende personen en deskundigen die door de rechter zijn gehoord. Als betrokkene niet bij het horen aanwezig is ontvangt hij een zakelijk verslag daarvan (zesde lid). Daarnaast wordt betrokkene en zijn advocaat in de gelegenheid gesteld om te reageren op de verklaringen van personen die zijn gehoord en de bevindingen van deskundigen (zevende lid).

Artikel 6:2

Dit artikel bevat de termijnen waarbinnen de rechter uitspraak moet doen. De rechter moet uiterlijk twee weken na ontvangst van een verzoek voor een zorgmachtiging uitspraak doen. Indien het een machtiging betreft die uitsluitend betrekking heeft op een zelfbindingsverklaring of aansluit op een crisismaatregel zal de rechter echter binnen drie dagen uitspraak moeten doen. Voor een beslissing over een verzoek voor een zorgmachtiging in verband met de voortzetting van de verplichte zorg op grond van artikel 8:10 geldt eveneens een termijn van drie dagen.

Artikel 6:3

De rechter kan een zorgmachtiging verlenen als aan het criterium voor verplichte zorg is voldaan (eerste lid). Ook moet de psychische stoornis met voldoende zekerheid zijn vastgesteld, wil de rechter een zorgmachtiging kunnen afgeven.

In het derde lid is bepaald wat de zorgmachtiging in elk geval moet vermelden. Bij de opsomming is aansluiting gezocht bij de vermelding van onderwerpen in het advies van de commissie (artikel 5:8). Hiermee wordt het beoogde maatwerk en de afstemming met het advies van de commissie bewerkstelligd.

Artikel 6:4

De geldigheidsduur van de zorgmachtiging kan variëren. Een initiële zorgmachtiging heeft een looptijd van maximaal zes maanden (eerste lid, onderdeel b), tenzij het een zorgmachtiging betreft die aansluit op een crisismaatregel of hoofdzakelijk observatie ten doel heeft (eerste lid, onder

a). Een dergelijke observatie moet worden onderscheiden van de observatiemachtiging, bedoeld in paragraaf 1b van de Wet bopz, die met ingang van 1 januari 2009 is komen te vervallen. Die laatste observatie strekt tot de beoordeling of een persoon met een psychische stoornis als gevolg hiervan gevaar voor zichzelf veroorzaakt. De hier bedoelde observatie betreft onderzoek van een persoon waarvan de rechter al heeft vastgesteld dat hij aan een psychische stoornis leidt, maar waarbij bijvoorbeeld nog niet duidelijk is welke vormen van (gedwongen) zorg nodig zijn om het aanzienlijke risico op ernstige schade weg te nemen. Doorgaans zal het om personen gaan die nog onbekend zijn in de ggz of lang verstoken zijn geweest van zorg. Om de commissie de gelegenheid te geven in dergelijke gevallen een vastomlijnd en goed doordacht zorgplan voor te bereiden, heeft een dergelijke zorgmachtiging een geldigheidsduur van maximaal zes weken, waarna aansluitend een zorgmachtiging met een looptijd van maximaal zes maanden kan worden verzocht. Een dergelijke zorgmachtiging moet het mogelijk maken die interventies te plegen die noodzakelijk zijn voor het onderzoeken van de patiënt en het vaststellen van een zorgplan. Met deze variatie in duur en omvang van de zorgmachtiging kan worden voorkomen dat personen die minder goed in beeld zijn bij de ggz, tussen wal en schip vallen.

Een zorgmachtiging die aansluit op een initiële zorgmachtiging heeft een geldigheidsduur van maximaal een jaar (eerste lid, onder c). Voor personen die gedurende een aaneensluitende periode van vijf jaar of langer gedwongen zorg op basis van een zorgmachtiging ontvangen, kan de rechter een zorgmachtiging met een looptijd van maximaal twee jaar afgeven (eerste lid, onder d). Waar helder is dat personen structureel en wellicht levenslang bepaalde vormen van zorg moeten gedogen om zoveel mogelijk «schadevrij» te kunnen functioneren, zal het niet altijd noodzakelijk zijn om jaarlijks een machtiging aan de rechter te vragen.

Uitgangspunt is dat, als daar aanleiding toe is, tijdig voor het vervallen van de geldigheidsduur een verzoek voor een advies over een aansluitende zorgmachtiging wordt gedaan. Bij een geldigheidsduur van een zorgmachtiging van zes maanden of langer mag worden verwacht dat ruimschoots voor het verstrijken van deze termijn de procedure voor een volgende zorgmachtiging in gang wordt gezet. Anders ligt het bij een zorgmachtiging met een beperkte geldigheidsduur, bijvoorbeeld zes weken. Het kan voorkomen dat een zorgmachtiging voor maximaal zes weken wordt afgegeven om een (definitieve) diagnose te kunnen stellen, en na vier weken duidelijk wordt dat om een advies voor een opvolgende zorgmachtiging kan worden verzocht. Het is helder dat in een dergelijke situatie niet mag worden verwacht dat de procedure voor de commissie en de rechter binnen een tijdsbestek van vier weken wordt afgerond. Voor dergelijke situaties is een voorziening getroffen (tweede lid). Om te voorkomen dat aan betrokkene onrechtmatig zorg wordt verleend hangende de procedure voor een aansluitende zorgmaatregel, kan de duur van de zorgmachtiging op grond van het tweede lid worden verlengd voor een periode van maximaal vier weken.

Artikel 6:5

De zorgmachtiging verliest zijn geldigheid op het moment dat de geldigheidsduur verstrijkt of de geneesheer-directeur respectievelijk de rechter een beslissing tot tussentijdse beëindiging heeft genomen. Artikel 8:20 beschrijft de procedure voor het tussentijds beëindigen van de zorgmachtiging. Indien de geneesheer-directeur of de rechter geen voorwaarden of beperkingen verbindt aan de beëindiging, vervalt de zorgmachtiging. Aangezien bij niet-naleving van de voorwaarden er een

mogelijkheid moet blijven bestaan om de verplichte zorg op grond van de zorgmachtiging weer te hervatten, vervalt de geldigheid van de zorgmachtiging in dat geval niet. Naar aanleiding van de vraag van de NVVR of met de afgifte van een nieuwe zorgmachtiging een bestaande zorgmachtiging vervalt, is onderdeel d toegevoegd. Zodra een nieuwe zorgmachtiging ten uitvoer wordt gelegd, vervalt een bestaande machtiging waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken. Er is niet voor gekozen om de bestaande zorgmachtiging al te laten vervallen op het moment dat de rechter de nieuwe zorgmachtiging afgeeft. In het geval dat de nieuwe zorgmachtiging een andere zorgaanbieder of accommodatie aanwijst voor de verplichte zorg, zou dit tot problemen kunnen leiden, aangezien de verplichte zorg dan vanaf het moment van de rechterlijke uitspraak ook direct door de nieuwe zorgaanbieder zou moeten worden verleend. Uiteraard geldt ten aanzien van de tenuitvoerlegging van de nieuwe zorgmachtiging dat de commissie daarbij gehouden is aan de termijn die artikel 8:1 daarvoor stelt. Dit betekent dat de nieuwe zorgmachtiging zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk twee weken na de rechterlijke uitspraak tenuitvoer moet worden gelegd. Zodra de tenuitvoerlegging van de nieuwe zorgmachtiging start, vervalt de bestaande zorgmachtiging. Hiermee wordt voorkomen dat er tegelijkertijd twee verschillende zorgmachtigingen op een persoon van toepassing zijn. Helderheid omtrent de rechtspositie van betrokkene is ook de reden voor het toevoegen van onderdeel e. Op het moment dat betrokkene tijdens de geldigheidsduur van de zorgmachtiging, zijn vrijheid wordt benomen in verband met een strafrechtelijke straf of maatregel, vervalt de zorgmachtiging.

HOOFDSTUK 7 De crisismaatregel

Niet in alle gevallen kan de procedure voor een zorgmachtiging worden afgewacht. Als een persoon met psychische stoornis in een ernstige crisissituatie belandt, kan het noodzakelijk zijn dat er direct zorg wordt verleend. De procedure voor een zorgmachtiging is echter niet geschikt om binnen een tijdsbestek van enkele uren verplichte zorg te kunnen verlenen. Ook in crisissituaties zal, gelet op het beginsel dat verplichte zorg alleen als laatste redmiddel mag worden ingezet, in eerste instantie naar alternatieven op basis van vrijwilligheid moeten worden gezocht. Als blijkt dat verplichte zorg nog de enige overgebleven oplossing is, voorziet het wetsvoorstel in de mogelijkheid dat de burgemeester een crisismaatregel neemt.

De regering heeft er uiteindelijk voor gekozen het nemen van de crisismaatregel te attribueren aan de burgemeester en de bestaande bevoegdheidstoekenning in stand te houden. De evaluatiecommissie gaf aan deze bevoegdheid te willen beleggen bij de officier van justitie of de rechter-commissaris. Het NGB, dat de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties ter zake van advies diende, hecht zeer aan het handhaven van de rol van de burgemeester bij noodsituaties. Daar het gedrag van een patiënt de openbare orde kan verstoren of onrust kan veroorzaken en de politie veelal als eerste geconfronteerd wordt met de patiënt in noodsituaties, hebben wij ervoor gekozen de bestaande bevoegdheidstoedeling op dit punt in tact te laten.

Ter onderscheiding van de rechterlijke *zorgmachtiging* spreken wij hier van een *crisismaatregel*.

Evenals de zorgmachtiging, kan de crisismaatregel ook tot andere vormen van verplichte zorg dan opname in een accommodatie strekken. Dit betekent dat het ook mogelijk wordt om een persoon met medicatie te behandelen om zijn geestelijke gezondheid te herstellen. Voortaan kunnen

minder ingrijpende vormen van verplichte zorg worden verleend om een crisissituatie te bezweren. Niet in alle gevallen zal kunnen worden volstaan met de toediening van medicatie om de situatie weer onder controle te krijgen en kan een opname noodzakelijk zijn. De mogelijkheid om ook andere vormen van verplichte zorg toe te passen, noodzaakt er echter wel toe dat de proportionaliteit en subsidiariteit van de beoogde zorg wordt getoetst en alternatieven tegen elkaar worden afgewogen.

Artikel 7:1

In een crisissituatie waarin de procedure voor een zorgmachtiging niet kan worden afgewacht, kan een verzoek worden ingediend om een crisismaatregel af te geven. Als verzoekers kunnen dezelfde personen optreden die ook een verzoek voor een zorgmachtiging kunnen indienen (zie de toelichting op artikel 5:3). De eisen die aan een verzoek voor een zorgmachtiging worden gesteld zijn van gelijke toepassing op een verzoek voor een crisismaatregel (tweede en derde lid). Naar aanleiding van het advies van het Platform GGZ is er voor gekozen om het verzoek voor een crisismaatregel niet bij de commissie in te laten dienen. Het verzoek kan direct worden gericht aan de burgemeester, die een afschrift van het verzoek aan betrokkene, zijn vertegenwoordiger, zijn advocaat en de commissie zendt (vijfde lid).

Artikel 7:2

Evenals bij de procedure voor een zorgmachtiging (artikel 5:4) kan een verzoek niet-ontvankelijk worden verklaard als het kennelijk ongegrond is.

Artikel 7:3

In artikel 7:3 zijn de voorwaarden opgesomd, waaraan moet zijn voldaan, wil de burgemeester een crisismaatregel kunnen nemen. In de eerste plaats moet er sprake zijn van een onmiddellijk dreigend aanzienlijk risico op ernstige schade oftewel van een ernstige crisissituatie (onderdeel a). Daarnaast moet er een ernstig vermoeden bestaan dat dit risico wordt veroorzaakt door een psychische stoornis van de persoon op wie het verzoek voor een crisismaatregel betrekking heeft (onderdeel b). Bij een crisismaatregel is niet vereist dat met zekerheid een psychische stoornis is vastgesteld. Aangezien er slechts een beperkte tijd is om een diagnose te stellen, is het voldoende dat er een ernstig vermoeden bestaat dat betrokkene aan een psychische stoornis lijdt. Het criterium voor een crisismaatregel wijkt daarmee af van het criterium voor een zorgmachtiging. De rechter kan namelijk alleen een zorgmachtiging afgeven indien er met zekerheid een psychische stoornis is vastgesteld (artikel 6:3, eerste lid, onderdeel a). Evenals bij de zorgmachtiging geldt wel dat er een causaal verband moet bestaan tussen het aanzienlijke risico op ernstige schade en de psychische stoornis. Als derde vereiste geldt dat de crisissituatie zo ernstig moet zijn, dat de procedure voor een zorgmachtiging niet kan worden afgewacht (onderdeel c). Ten slotte kan alleen een crisismaatregel worden genomen als er sprake is van verzet van betrokkene of zijn vertegenwoordiger (onderdeel d).

De criteria voor de afgifte van een crisismaatregel komen materieel overeen met de criteria die thans gelden voor de afgifte van een ibs.

Artikel 7:4

De procedure voor de crisismaatregel is er op gericht om snel de noodzakelijke verplichte zorg te kunnen verlenen om een ernstige crisissituatie het hoofd te bieden. In de praktijk kan de voorbereiding van

de beslissing door de burgemeester echter nog wel de nodige tijd in beslag nemen. Betrokkene zal met het oog op de medische verklaring moeten worden onderzocht door een arts. In afwachting van de komst van de arts, kan het noodzakelijk zijn om betrokkene in zijn bewegingsvrijheid te beperken of medicatie toe te dienen teneinde hem te laten kalmeren en de situatie weer beheersbaar te maken. Artikel 7:4 voorziet in een grondslag om voorafgaand aan de crisismaatregel tijdelijk verplichte zorg te kunnen verlenen. Door deze regeling hoeft het optreden van de politie en zorgverleners voorafgaand aan de crisismaatregel niet langer te worden gerechtvaardigd met een beroep op het buitenwettelijk noodrecht. De door de evaluatiecommissie geconstateerde problemen ten aanzien van vrijheidsbeneming, verplichte zorg en het vervoer voorafgaand aan de ibs, zullen hierdoor tot het verleden gaan behoren (Derde evaluatiecommissie Wet bopz, Voortschrijdende inzichten..., 2007, blz. 64).

Het eerste lid bepaalt dat gedurende korte tijd verplichte zorg kan worden verleend, indien redelijkerwijs mag worden verondersteld dat een crisismaatregel zal worden genomen. De duur van de verplichte zorg dient zo kort mogelijk te worden gehouden en mag in geen geval langer duren dan de periode die noodzakelijk is voor het voorbereiden van de beslissing door de burgemeester (tweede lid). Ook als duidelijk wordt, dat er geen crisismaatregel zal worden genomen, zal de verplichte zorg moeten worden beëindigd. In de verschillende regio's zijn er afspraken gemaakt tussen de politie en de ggz over de maximale duur van de voorbereiding van een ibs. De maximale duur van de periode van vervoer naar een geschikte ruimte voor onderzoek en het medische onderzoek is daarbij gesteld op een maximale duur van zes uur. Het derde lid bepaalt dat in uitzonderlijke gevallen de verplichte zorg voorafgaand aan de crisismaatregel gedurende maximaal twaalf uren mag worden verleend.

Naar aanleiding van het advies van de Raad van Hoofdcommissarissen voorziet het vierde lid in een duidelijke grondslag om een persoon tijdelijk in zijn vrijheid te beperken of zijn vrijheid te benemen en te vervoeren naar een tijdelijk onderkomen. Deze verstreckende bevoegdheden zijn voorbehouden aan de personen die genoemd worden in het vijfde lid. Het betreft de ambtenaren van politie, ambulancepersoneel en andere door ons aangewezen personen. Daarnaast kunnen ook de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke gebruik maken van deze bevoegdheden. Dit kan bijvoorbeeld noodzakelijk zijn als iemand vrijwillige zorg ontvangt in een accommodatie en suïcidaal wordt. In dat geval kan hij in afwachting van een crisismaatregel in zijn vrijheid worden beperkt om te voorkomen dat hij de accommodatie verlaat om zichzelf van het leven te beroven.

Zoals in het algemeen deel ook al uitvoerig is betoogd, dient de inzet van politie tot het minimum beperkt te worden. Dit betekent ook dat betrokkene in afwachting van een crisismaatregel zoveel mogelijk wordt opgevangen op een plaats die is ingericht voor zorg. Alleen als deze plaatsen niet meer voorhanden zijn of er redelijkerwijs geen alternatief beschikbaar is, kan betrokkene tijdelijk bij de politie worden ondergebracht (zesde lid).

Artikel 7:5

Alvorens een crisismaatregel kan worden genomen, zal een onafhankelijke daartoe gespecialiseerde arts een medische verklaring moeten opstellen (eerste lid). De medische verklaring moet in elk geval inzicht geven in de symptomen die betrokkene vertoont, en, zo mogelijk, een diagnose. Ook zal de medische verklaring moeten ingaan op de relatie tussen de psychische stoornis en het gedrag dat tot een aanzienlijk risico

op ernstige schade leidt. Ten slotte zal de medische verklaring inzicht moeten geven in de zorg die volgens de arts noodzakelijk is om het doel van verplichte zorg in een crisissituatie te bereiken.

Binnen de grenzen van het mogelijke in een crisissituatie zal de arts de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur en de accommodatie moeten vermelden in de medische verklaring (tweede lid) en overleg moeten voeren met de zorgverantwoordelijke of de huisarts (vierde lid). Het vierde lid bevat de verplichting voor de arts die geen psychiater is, om overleg te plegen met een psychiater bij het opstellen van een medische verklaring. Normaal gesproken zal de medische verklaring door een psychiater worden opgesteld, maar het vierde lid laat de ruimte dat een andere arts wordt belast met de medische verklaring. Van deze mogelijkheid kan ook gebruik worden gemaakt in situaties dat er (door overmacht) geen psychiater beschikbaar is om betrokkene te onderzoeken, bijvoorbeeld als betrokkene zich op een van de waddeneilanden bevindt. In dat geval kan de medische verklaring door een huisarts worden opgesteld na consultatie van een psychiater op de vaste wal. De arts die de medische verklaring opstelt, dient het zelfbindingsregister (artikel 5:18, tweede lid) van de commissie te raadplegen (vijfde lid). Als blijkt dat betrokkene een zelfbindingsverklaring heeft opgesteld, zal de arts moeten beoordelen of het niet de voorkeur verdient om een zorgmachtiging op grond van de zelfbindingsverklaring aan te vragen in plaats van een crisismaatregel te nemen. De medische verklaring zal duidelijk moeten maken of de crisissituatie zo spoedeisend is dat de verplichte zorg direct moet worden verleend en een zorgmachtiging op grond van de zelfbindingsverklaring niet kan worden afgewacht. Ook als de omstandigheden die in de zelfbindingsverklaring zijn opgenomen afwijken van de crisissituatie die zich op dat moment voordoet, zal de medische verklaring daar op in moeten gaan. De voorgestelde zorg in de medische verklaring, zal zoveel mogelijk moeten aansluiten bij de zelfbindingsverklaring.

Artikel 7:6

Op basis van een medische verklaring kan de burgemeester een crisismaatregel nemen, maar niet dan nadat hij zich door middel van een medische verklaring op de hoogte heeft gesteld van de actuele gezondheidstoestand van betrokkene (eerste lid). Naar aanleiding van het advies van GGZ NL is de verplichting voor de burgemeester om betrokkene te horen, voordat hij een beslissing neemt over het verzoek voor een crisismaatregel, afgezwakt. GGZ NL acht het gelet op de tijdsdruk waaronder een crisismaatregel moet worden genomen niet werkbaar om betrokkene te horen. Het tweede lid, onderdeel b, bepaalt daarom nu dat de burgemeester, betrokkene «zo mogelijk» in de gelegenheid stelt om te worden gehoord. Ten slotte zal de burgemeester het zelfbindingsregister (artikel 5:18, tweede lid) van de commissie moeten raadplegen. Als blijkt dat betrokkene een zelfbindingsverklaring heeft opgesteld, zal die in principe moeten worden gehonoreerd. Indien echter de situatie zo spoedeisend is dat de verplichte zorg direct moet worden verleend of zodanig afwijkt van de omstandigheden die in de zelfbindingsverklaring zijn opgenomen, kan de burgemeester evenwel besluiten een crisismaatregel te nemen. De zorg waartoe de crisismaatregel verplicht, zal dan zoveel mogelijk moeten aansluiten bij de verplichte zorg en de voorkeuren die in de zelfbindingsverklaring zijn opgenomen.

Vanwege het spoedeisende karakter bepaalt het derde lid dat een beslissing tot afgifte van een crisismaatregel zo spoedig mogelijk na ontvangst van het verzoek moet worden genomen.

Op grond van het zesde lid moet de burgemeester binnen 24 uur na afgifte van de crisismaatregel zorg dragen voor bijstand door een advocaat.

De toelichting op de artikelen 5:5, derde en vierde lid, is van gelijke toepassing op het zevende en het achtste lid.

Artikelen 7:7

Aangezien de crisismaatregel een tijdelijke noodmaatregel is om een ernstige crisissituatie af te wenden, is de geldigheidsduur van de crisismaatregel beperkt tot maximaal drie dagen. Gelet op de noodzaak om in een ernstige crisissituatie direct verplichte zorg kunnen verlenen, is het praktisch niet haalbaar om de rechter de vrijheidsbeneming of aantasting van de lichamelijke integriteit vooraf te laten toetsen. Indien de crisissituatie binnen drie dagen niet het hoofd kan worden geboden of de verplichte zorg naar het oordeel van de zorgverantwoordelijke moet worden voortgezet, zal een verzoek moeten worden gedaan voor een aansluitende zorgmachtiging (artikel 7:9).

Artikel 7:8 en 7:9

Normaal gesproken vervalt de crisismaatregel als de geldigheidsduur van maximaal drie dagen is verstreken of wanneer de geneesheer-directeur een beslissing tot beëindiging van de verplichte zorg heeft genomen en daar geen voorwaarden aan heeft verbonden (artikel 8:20). Indien echter voor het verstrijken van de geldigheidsduur van de crisismaatregel een verzoek voor een aansluitende zorgmachtiging is ingediend, vervalt de crisismaatregel pas op het moment dat de rechter heeft beslist op het verzoek voor de zorgmachtiging (artikel 7:8, onderdeel a). De rechter zal binnen een termijn van drie dagen een beslissing moeten nemen over een verzoek voor een zorgmachtiging die aansluit op een crisismaatregel (artikel 6:2, onderdeel b).

In feite wordt hiermee het huidige systeem van de machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling voortgezet. Wel verschilt de maximale geldigheidsduur van machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling in vergelijking met een aansluitende zorgmachtiging (respectievelijk drie en zes weken). De rechtvaardiging hiervoor is dat, anders dan bij het verzoek tot afgifte van een machtiging tot voortzetting van de ibs, een medische verklaring zal moeten zijn bijgevoegd waaruit blijkt dat er sprake is van een psychische stoornis (artikel 7:9, derde lid). Dit is een aanscherping ten opzichte van de Wet bopz, waar kan worden volstaan met een medische verklaring waaruit blijkt dat er een ernstig vermoeden is van een psychische stoornis. Dit betekent overigens niet dat altijd een nieuwe medische verklaring zal moeten worden opgesteld. Als uit de medische verklaring die is opgesteld ten behoeve van de crisismaatregel blijkt dat er sprake is van een psychische stoornis, kan deze medische verklaring bij het verzoek om een aansluitende zorgmachtiging worden gevoegd.

Artikel 7:10

Gelet op de aard en duur van de vrijheidsbeperkingen die op grond van een crisismaatregel kunnen worden opgelegd, achten wij het van belang dat betrokkene de rechter een oordeel kan vragen over de rechtmatigheid van de beslissing van de burgemeester. De rechterlijke toetsing die na afloop van de crisismaatregel plaatsvindt nadat een verzoek is gedaan voor aansluitende zorgmachtiging, biedt niet de beoogde rechtsbescherming van betrokkene. De rechterlijke toetsing bij de voortzetting

biedt alleen de mogelijkheid om de rechtmatigheid van de voortzetting van de verplichte zorg te toetsen, maar niet de rechtmatigheid van de crisismaatregel.

Mede gelet op de eisen die het EVRM stelt aan toegang tot de rechter bij vrijheidsbeneming van personen met een psychische stoornis, is het wenselijk dat betrokkene met een rechtsmiddel tegen de crisismaatregel op kan komen, anders dan via een verzoek om schadevergoeding (artikel 10:9).

De mogelijkheid van beroep bij de rechter beoogt tevens de rechtseenheid te bevorderen en de rechtspositie van betrokkene te versterken. Aangezien de rechter bij de beoordeling van de rechtmatigheid van de crisismaatregel eigenlijk als tweede instantie fungeert, is de mogelijkheid van hoger beroep uitgesloten (artikel 7:10, tweede lid).

Artikel 7:11

Artikel 10:3 van de Algemene wet bestuursrecht bepaalt dat bevoegdheden niet kunnen worden gemandateerd als de wet of de aard van de bevoegdheid zich daartegen verzet. Algemeen wordt aangenomen dat bij beslissingen tot vrijheidsbeneming of ingrijpende beperkingen van andere grondrechten de aard van de bevoegdheid zich verzet tegen mandaat. Aangezien van een burgemeester niet verwacht kan worden dat hij het gehele jaar 24 uur per dag beschikbaar is voor het nemen van een crisismaatregel, is het noodzakelijk dat deze taak van de burgemeester kan worden waargenomen tijdens zijn afwezigheid of ziekte. Artikel 7:11 maakt het daarom mogelijk dat een wethouder mandaat kan worden verleend om in naam van de burgemeester een crisismaatregel te nemen. Dit betekent dat alle bevoegdheden die op grond van hoofdstuk 7 aan de burgemeester in het kader van de procedure voor een crisismaatregel zijn toebedeeld, door de wethouder in naam van de burgemeester kunnen worden uitgeoefend. Het mandaat leidt er ook toe dat de verplichtingen die op de burgemeester rusten, zoals het geven van een last tot toevoeging, op de wethouder komen te rusten bij de vervanging van de burgemeester (artikel 7:6, zesde lid).

Gelet op de aard van de bevoegdheid bepaalt artikel 7:11 uitdrukkelijk dat de bevoegdheden van de burgemeester in het kader van de crisismaatregel uitsluitend aan een wethouder kunnen worden gemandateerd en bijvoorbeeld niet aan een ondergeschikte van de burgemeester.

HOOFDSTUK 8 Rechten en plichten bij de tenuitvoerlegging en uitvoering van de zorgmachtiging en de crisismaatregel

Algemeen

Hoofdstuk 8 bevat regels over de tenuitvoerlegging en de uitvoering van de zorgmachtiging en de crisismaatregel. Met de tenuitvoerlegging wordt bedoeld op de handelingen die nodig zijn om de zorgaanbieder in de gelegenheid te stellen om de zorgmachtiging of de crisismaatregel te kunnen uitvoeren. Het gaat feitelijk om de executie van de beslissing van de rechter en de burgemeester.

Met de uitvoering wordt bedoeld op alle interventies na tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging of de crisismaatregel op het terrein van de zorg die zijn opgenomen in de machtiging of de maatregel. Hoofdstuk 8 bevat ook regels over het toepassen van onvrijwillige zorg die buiten het bereik van de zorgmachtiging en de crisismaatregel vallen (zie artikel 8:9 e.v.). Het betreft sterk geclausuleerde en in de tijd beperkte uitzonderingen op de hoofdregel dat er buiten de interventies die zijn opgenomen in de

zorgmachtiging en de crisismaatregel, geen dwang mag worden toegepast. De adviezen van de RSJ, GGZ Nederland, het Platform GGZ, de Stichting Pandora en LOC hebben aanleiding gegeven om hoofdstuk 8 op onderdelen grondig te herzien. In het bijzonder de bepalingen over verplichte zorg in onvoorziene situaties, de huisregels en ordemaatregelen zijn naar aanleiding van de adviezen aangepast. Daarnaast is een bepaling opgenomen die bepaalt dat verplichte zorg in beginsel op grond van een richtlijn moet worden toegepast (artikelen 8:3 en 8:4). Met deze bepaling is tegemoetgekomen aan de wens om in plaats van een limitatieve opsomming van mogelijke interventies en meer procedurele waarborg te bieden voor verantwoorde en proportionele toepassing van verplichte zorg.

Hoofdstuk 8 is ingedeeld in verschillende paragrafen. Paragraaf 1 regelt de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging en de crisismaatregel. Paragraaf 2 bevat algemene rechten en plichten die gelden bij de uitvoering van de zorgmachtiging en de crisismaatregel. Paragraaf 2 is van toepassing ongeacht de locatie waar een persoon met een zorgmachtiging of een crisismaatregel zich bevindt. Dit betekent dat zowel personen die op basis van een zorgmachtiging of een crisismaatregel in een gesloten setting verblijven, als zij die uit hoofde van een zorgmachtiging of een crisismaatregel ambulante worden behandeld, onder het bereik van paragraaf 2 vallen. Dit hangt samen met het gewijzigde toepassingsbereik ten opzichte van de Wet bopz. Verlof in de Wet bopz bijvoorbeeld heeft altijd betrekking op het (tijdelijk) vertrek uit de kliniek. Omdat verlof in de context van dit wetsvoorstel ook ziet op andere onderbrekingen van dwang (bijvoorbeeld het tijdelijk niet nakomen van verplichtingen die samenhangen met een ambulante behandeling) wordt in dit wetsvoorstel in algemene termen gesproken over «tijdelijke onderbrekingen van de verplichte zorg» (artikel 8:19). Paragraaf 3 bevat bepalingen om in noodsituaties verplichte zorg toe te kunnen passen waar de zorgmachtiging of crisismaatregel niet in voorziet. De hoofdregel is dat alleen die vormen van dwang kunnen worden toegepast, waartoe de zorgmachtiging of de crisismaatregel legitimeert. Immers, de voorgestelde voorbereidingsprocedure strekt ertoe dat zeer zorgvuldig de noodzakelijke vormen van zorg en dwang zijn geïnventariseerd. Alle voorzienbare interventies moeten in beginsel daarin zijn opgenomen. Er is geen ruimte voor andere gedwongen interventies. De zorgverantwoordelijke kan alleen een uitzondering op deze algemene regel maken, als het gaat om onvoorziene situaties en aan strenge voorwaarden is voldaan. Daarnaast kunnen deze onvoorziene interventies slechts voor zeer korte duur worden toegepast (zie artikel 8:10). De strenge clausulering die in de artikelen 8:9 tot en met 8:11 is aangebracht voorkomt dat de deur naar ongenormeerde toepassing van dwang wordt opengezet.

Wij hechten eraan om voor wat betreft de toepassing van dit hoofdstuk te benadrukken dat ook hier de algemene uitgangspunten van hoofdstuk 2 gelden. Dit brengt onder andere mee dat, ook al biedt de zorgmachtiging of de crisismaatregel een grondslag voor de toepassing van dwang, deze dwang niet zonder meer kan worden toegepast. Ook bij de uitvoering van de zorgmachtiging of de crisismaatregel geldt dat dwang alleen als uiterste middel kan worden toegepast, nadat alle alternatieven voor dwang niet afdoende zijn gebleken. Het kan niet zo zijn dat de zorgmachtiging of de crisismaatregel op het punt van de dwang zonder meer wordt uitgevoerd (zie ook de toelichting op artikel 8:7). Maar ook als dwang uiteindelijk onafwendbaar blijkt, zal de duur en de mate van dwang zo beperkt mogelijk moeten blijven.

Ten slotte in algemene zin nog enkele opmerkingen over de toedeling van bevoegdheden aan de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke. Waar het gaat om de uitvoering van interventies op het terrein van de zorg die zijn opgenomen in de zorgmachtiging en de crisismaatregel, is de zorgverantwoordelijke beslissingsbevoegd. Hiervoor is gekozen, omdat de rechter en de burgemeester de interventies hebben geautoriseerd en er doorgaans in de praktijk behoefte is aan een snelle uitvoering van de zorgmachtiging en de crisismaatregel. De zorgverantwoordelijke is degene die in nauw contact staat met betrokkene en direct kan inschatten welke zorg op dat specifieke moment geboden is.

Een andere benadering is gekozen als het gaat om beslissingen over de overplaatsing naar een andere instelling (artikel 8:18) en de tijdelijke onderbreking en de beëindiging van de verplichte zorg (artikelen 8:19 en 8:20). Deze beslissingen kunnen niet door de zorgverantwoordelijke worden genomen, maar zijn voorbehouden aan de geneesheer-directeur. Om te waarborgen dat deze beslissingen binnen het beleid van de instelling vallen en met de nodige distantie tot de uitvoering van de zorg worden genomen, is de geneesheer-directeur bevoegd om hierover te oordelen en te beslissen.

Artikel 8:1

In het eerste lid wordt de commissie belast met de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging. De tenuitvoerlegging wordt aan een termijn gebonden; de tweede volzin van het eerste lid geeft uitdrukking aan de verplichting om onmiddellijk met de tenuitvoerlegging te beginnen. Uiterlijk twee weken na afgifte moet de zorgmachtiging ten uitvoer zijn gelegd. In het tweede lid is de burgemeester belast met de tenuitvoerlegging van de crisismaatregel. Hiervoor geldt een termijn van 24 uur na afgifte.

Het kan nodig zijn dat de hulp van anderen bij de tenuitvoerlegging moet worden ingeroepen. Het derde lid bevat een voorziening daarvoor. Gedacht kan worden aan het inroepen van ambulancepersoneel om betrokkene naar de accommodatie van de zorgaanbieder te vervoeren die in de zorgmachtiging of crisismaatregel is belast met de verplichte zorg. Ook hier geldt het uitgangspunt van proportionaliteit: betrokkene zal op de voor hem minst belastende wijze vervoerd moeten worden. In situaties waar iemand zich hevig verzet tegen het vervoer naar de instelling kan het echter noodzakelijk zijn dat de hulp van de politie wordt ingeroepen om de woning van betrokkene binnen te kunnen treden of te assisteren bij het vervoer. De primaire verantwoordelijkheid voor het vervoer ligt bij de zorgaanbieder, de politie kan alleen indien dat noodzakelijk is ter ondersteuning worden ingeschakeld. Omdat het hier om doorgaans zeer kwetsbare mensen gaat, zullen hulpverleners die verstand van en ervaring met dergelijke situaties hebben, de politie in alle gevallen moeten vergezellen.

Het derde lid, onderdeel a, bepaalt dat alleen zorgverleners met voldoende kennis en ervaring op het terrein van (verplichte) zorg kunnen worden betrokken bij de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging of crisismaatregel. Dit betekent dat mantelzorgers hier niet onder vallen. Voor de duidelijkheid zij opgemerkt dat de tenuitvoerlegging moet worden onderscheiden van de uitvoering van de zorg. De tenuitvoerlegging ziet op de handelingen die moeten worden verricht teneinde de zorg te kunnen verlenen, zoals bijvoorbeeld het vervoeren van betrokkene van zijn woning naar de instelling waar hij wordt opgenomen.

Artikel 8:2

De bevoegdheden die in artikel 8:2 worden toegekend aan de personen die betrokken zijn bij de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging of de crisismaatregel, kunnen uitsluitend worden uitgeoefend gedurende de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging of crisismaatregel. Het gaat nadrukkelijk niet om algemene bevoegdheden die ook na de fase van de tenuitvoerlegging kunnen worden ingezet. Op grond van artikel 8:2 kunnen politie en hulpverleners de plaats betreden waar betrokkene zich bevindt en hem zonedig aan lichaam of kleding onderzoeken om (gevaarlijke) voorwerpen van hem af te nemen. De Algemene wet op het binnentreden is van toepassing bij het binnentreden van de woning van betrokkene. Dit betekent dat de in artikel 8:1 genoemde zorgverleners en de politie de woning met toestemming van betrokkene mogen binnentreden, mits zij daarbij de bepalingen van de Algemene wet op het binnentreden in acht nemen, zoals het tonen van een legitimatie. Naar aanleiding van het advies van de Raad van Hoofdcommissarissen is het tweede lid ingevoegd dat expliciet bepaalt dat alleen de politie de woning van betrokkene zonder diens toestemming mag binnentreden. Indien betrokkene hulpverleners en de politie de toegang weigert tot zijn woning, kan de politie wederom uiteraard met inachtneming van de bepalingen van de Algemene wet op het binnentreden, zich de toegang tot de woning van betrokkene verschaffen voor de tenuitvoerlegging van een zorgmachtiging of crisismaatregel. Het spreekt vanzelf dat van deze bevoegdheid alleen gebruik kan worden gemaakt, als dit ook daadwerkelijk noodzakelijk is en betrokkene weigert om vrijwillig medewerking te verlenen. Er zal een vorm van bejegening moeten worden gekozen, die gericht is op vrijwillige medewerking door betrokkene en het voorkomen van escalatie. In de praktijk blijkt dat juist in de eerste uren dat dwang wordt toegepast, de gekozen bejegening van grote betekenis is om de ernst en duur van de verplichte zorg te kunnen reduceren. De inzet van politie bij de tenuitvoerlegging, zal daarom geen regel, maar de uitzondering moeten zijn. In eerste instantie zullen teams van gespecialiseerde zorgverleners moeten worden belast met de tenuitvoerlegging van de verplichte zorg en het vervoer van betrokkene. Alleen in het geval dat het gevaar zo groot dreigt te worden dat het niet langer verantwoord is om de zorgverleners te belasten met de tenuitvoerlegging en het vervoer, kan de hulp van de politie worden ingeschakeld. Ook dan geldt dat het optreden van de politie gericht dient te zijn op vrijwillige medewerking van betrokkene en het voorkomen van escalatie. De personen die met de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging en de crisismaatregel en het vervoer worden belast, zullen over de nodige kennis en ervaring moeten beschikken om deze vaak moeilijke taken met inachtneming van de beginselen van hoofdstuk 2 adequaat te kunnen uitvoeren.

De gekozen formulering «aan kleding of het lichaam» biedt geen bevoegdheid om betrokkene te visiteren. Een onderzoek in het lichaam naar voorwerpen die betrokkene niet in zijn bezit mag hebben of een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of anderen kunnen veroorzaken, is een te vergaande aantasting van de lichamelijke integriteit en voldoet niet aan het beginsel van proportionaliteit. Visitatie is voor betrokkene een uiterst traumatiserende ervaring en kan in het bijzonder bij jeugdigen leiden tot blijvende schade. Indien er een ernstig vermoeden bestaat dat betrokkene gevaarlijke voorwerpen in zijn lichaamsholtes verbergt, zal hij door middel van overreding moeten worden bewogen om deze voorwerpen af te geven. Daarnaast kan er door intensief toezicht voorkomen worden dat betrokkene met deze gevaarlijke voorwerpen zichzelf of anderen ernstige schade toebrengt.

De zorgverantwoordelijke beschikt op grond van artikel 8:12, eerste lid, onderdeel a, over de bevoegdheid om indien dat noodzakelijk is, in de fase van uitvoering van de zorgmachtiging of crisismaatregel betrokkene aan kleding of lichaam te onderzoeken.

Artikel 8:3

De verplichting van artikel 8:3 verplichte om verplichte zorg op basis van een richtlijn te verlenen, vormt een belangrijk instrument bij het terugdringen van dwang en het verhogen van de kwaliteit van zorg. Bij de projecten Dwang en Drang van GGZ Nederland en Zorg voor beter van ZonMw is gebleken dat een doordachte aanpak de duur en de intensiteit van dwang kan worden gereduceerd. Ook het onderzoek van de inspectie naar het gebruik van separatie op de eerste dag van opname laat zien dat met een gerichte aanpak een aanzienlijke reductie van dwang kan worden gerealiseerd (*Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg*, IGZ, Den Haag, december 2008). Voorkomen moet worden dat er grote verschillen ontstaan in het kwaliteitsniveau tussen de zorgaanbieders en dat er een tweedeling ontstaat tussen een groep van koplopers en achterblijvers binnen de ggz. Alle zorgaanbieders zijn het aan hun stand verplicht om de verplichte zorg te verlenen die voldoet aan de normen die in het veld ontwikkeld zijn voor verantwoorde verplichte zorg. Het recht van de overheid om personen te verplichten tot het gedogen van zorg voor hun psychische stoornis, schept ook de verplichting om kwalitatief goede zorg te verlenen die voldoet aan de professionele standaarden.

Artikel 8:3 stelt daarom als eis dat de verplichte zorg in beginsel wordt verleend op basis van een richtlijn. Dit betekent dat de zorgaanbieders gezamenlijk de primaire verantwoordelijkheid dragen voor de totstandkoming van deze multidisciplinaire richtlijnen. De veldnormen die in de richtlijn zijn opgenomen, vormen niet alleen voor alle zorgaanbieders het normatieve kader bij de uitvoering van de verplichte zorg, maar tevens de basis voor het toezicht op de uitvoering door de inspectie. De richtlijnen zullen als handhavingsnormen fungeren bij het toezicht door de inspectie. Het gebruik van richtlijnen door de zorgaanbieder en het toezicht daarop door de inspectie geeft betrokkene die verplichte zorg moet gedogen, de zekerheid dat ongeacht waar en door wie de zorg ook wordt verleend, hij zorg van kwalitatief goed niveau ontvangt. De richtlijnen zullen er toe moeten leiden dat regionale verschillen bij de toepassing van verplichte zorg tot het verleden gaan behoren en willekeur wordt voorkomen.

Aangezien nog niet voor alle vormen van verplichte zorg richtlijnen zijn ontwikkeld, bepaalt het eerste lid dat verplichte zorg «in beginsel» wordt toegepast op basis van een richtlijn. De doelstelling is echter wel dat alle verplichte zorg uiteindelijk wordt toegepast op basis van een richtlijn. Het eerste lid moet ook in samenhang worden gezien met artikel 8:4, eerste lid, dat bepaalt dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur de vormen van verplichte zorg kunnen worden aangewezen die uitsluitend op basis van een richtlijn kunnen worden verleend. Deze aanwijzing heeft als gevolg dat alle zorgaanbieders gebonden zijn aan de normen voor de kwaliteit van verplichte zorg die in de richtlijn zijn opgenomen.

Tweede lid

Het tweede lid bepaalt dat de richtlijnen gericht dienen te zijn op het voorkomen en het verminderen van verplichte zorg. Dit betekent dat de richtlijnen zich niet mogen beperken tot de wijze waarop de verschillende vormen van verplichte zorg zoals bijvoorbeeld dwangmedicatie of separatie moeten worden toegepast, maar ook zullen moeten aangeven

welke maatregelen noodzakelijk zijn om verplichte zorg te voorkomen. Dit betekent dat de richtlijn ook aandacht zal moeten besteden aan de cultuur binnen een accommodatie en de bejegening van betrokkene.

De veldnormen die zijn ontwikkeld in de eerder genoemde projecten en de richtlijn «De Wet bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie» die is opgesteld door GGZ Nederland en het Trimbosinstituut bieden een goede basis voor het opstellen van richtlijnen voor de verschillende vormen van verplichte zorg.

Derde lid

Het derde lid formuleert verschillende eisen ten aanzien van de richtlijnen voor verplichte zorg. Allereerst zal de richtlijn duidelijk moeten aangeven welke vorm(en) van verplichte zorg het betreft. Aangezien de richtlijnen gericht dienen te zijn op het voorkomen van verplichte zorg, verplicht onderdeel b er toe dat de richtlijn ook de alternatieven voor deze vorm van verplichte zorg vermeldt. Dat kan dan zowel alternatieven betreffen op basis van vrijwilligheid als ook alternatieven die minder ingrijpend van aard zijn. De afweging of een vorm van verplichte zorg meer of minder ingrijpend is, valt niet los te koppelen van de individuele beleving van betrokkene. Bij de uiteindelijke keuze voor een bepaalde vorm van verplichte zorg, zal de voorkeur van betrokkene dan ook een rol moeten spelen. De verschillende alternatieven in de richtlijn kunnen met betrokkene besproken worden en dienen door de zorgverantwoordelijke in de afweging te worden betrokken.

De richtlijn is niet alleen gericht op het voorkomen van dwang, maar ook op reductie van de duur van verplichte zorg. Daarom bepaalt onderdeel c dat in de richtlijn moet worden opgenomen op welke momenten de verplichte zorg moet worden getoetst op subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid voor betrokkene. Afhankelijk van de aard van de interventies en de ingrijpendheid van de verplichte zorg zal de frequentie van de toetsing kunnen verschillen. Naast het moment waarop de toetsing plaatsvindt, zal de richtlijn ook kunnen bepalen welke personen en disciplines bij de evaluatie van de verplichte zorg betrokken moeten worden. Een van de doelen van de evaluatiemomenten is om tijdig in te kunnen grijpen als blijkt dat de behandeling onvoldoende of geen effect sorteert. Frequente toetsing zal er bijvoorbeeld aan bij moeten dragen dat zeer langdurige separaties worden voorkomen. De evaluatiemomenten zullen in deze gevallen moeten worden aangegrepen om opnieuw naar alternatieven te zoeken of een second opinion te vragen. Indien bij deze evaluatiemomenten blijkt dat de behandelrelatie vast dreigt te lopen, kan overwogen worden om gebruik te maken van de mogelijkheid van artikel 8:18 om de behandeling voort te laten zetten door een andere zorgverantwoordelijke of betrokkene over te plaatsen naar een andere accommodatie of zorgaanbieder. De richtlijn kan hierbij als leidraad fungeren om te bepalen op welke momenten deze afwegingen moeten worden gemaakt.

Onderdeel d bepaalt dat de richtlijn voorschriften dient te bevatten ten aanzien van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan intern toezicht op de uitvoering van de verplichte zorg. Gelet op de afhankelijkheidsrelatie tussen betrokkene en de zorgverantwoordelijke en de zorgverleners is het van belang dat er interne toezichtmechanismen zijn om te waarborgen dat de verplichte zorg op verantwoorde wijze wordt verleend.

De onderdelen e en f vereisen dat in de richtlijn aanvullende zorgvuldigheidseisen worden opgenomen voor verplichte zorg aan jeugdigen en voor tijdelijke verplichte zorg in onvoorziene situaties. Zoals in de toelichting op artikel 2:1, negende lid, al uitvoerig is betoogd, noodzaakt de kwetsbare positie van jongeren tot extra zorgvuldigheid bij verplichte

zorg aan jongeren. Niet alleen ten aanzien van de toediening van medicatie is terughoudendheid geboden, maar ook bij separatie en het onderzoek aan kleding of lichaam zal rekening moeten worden gehouden met de leeftijd van betrokkene. De al eerder aangehaalde richtlijn «De Wet bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie» is een goed voorbeeld hiervan. Deze normen lenen zich goed om invulling te geven aan het vereiste van onderdeel e.

Niet alleen de inhoud van de verplichte zorg, maar ook de wijze waarop die moet worden verleend en de deskundigheid die daarbij noodzakelijk is, vormt een onmisbaar onderdeel van de richtlijn (onderdelen g en h). De richtlijn zal daartoe eisen moeten formuleren ten aanzien van minimale opleiding en ervaring van de zorgverleners en de minimale bezetting die noodzakelijk is voor verantwoorde verplichte zorg.

Vierde lid

Voor bepaalde vormen van verplichte zorg die in een accommodatie worden verleend, kunnen zonnodig bouwkundige eisen in de richtlijn worden opgenomen. In het bijzonder zullen de ruimtes die worden gebruikt om betrokkene af te zonderen of te separeren aan specifieke eisen moeten voldoen. Bij de bouwkundige eisen kan onder andere worden gedacht aan de hoeveelheid licht, het gebruik van materialen, binnenklimaat, de aanwezigheid van sanitaire voorzieningen en mogelijkheden om te communiceren met de zorgverleners.

Artikel 8:4

Het uitgangspunt van artikel 8:3 is dat verplichte zorg in beginsel wordt verleend op basis van een richtlijn, waarin de veldnormen zijn opgenomen en die waarborgen bevat voor zorg volgens de professionele standaarden. De verantwoordelijkheid voor de richtlijn ligt primair bij de zorgaanbieders. Het recht om verplichte zorg te kunnen verlenen, schept ook de verplichting voor de zorgaanbieder om kwalitatief goede zorg te verlenen. Betrokkene is geen vrije contractspartij, die zelf op grond van de kwaliteit van de verleende zorg naar een andere zorgaanbieder over kan stappen. Gelet op deze kwetsbare positie is het noodzakelijk dat de richtlijn voldoet aan de professionele normen.

Aangezien er nog niet voor alle vormen van verplichte zorg richtlijnen zijn ontwikkeld en gelet op de grote diversiteit aan zorginterventies bepaalt artikel 8:3 dat de verplichte zorg «in beginsel» op basis van een richtlijn moet worden verleend. Artikel 8:4, eerste lid, biedt de mogelijkheid om specifieke vormen van zorg te benoemen die uitsluitend op basis van een richtlijn kunnen worden toegepast. Dit betekent dat iedere zorgaanbieder de daarvoor geldende richtlijn moet hanteren, wil hij deze vormen van verplichte zorg kunnen verlenen.

Zoals gezegd, is het opstellen van een richtlijn de primaire verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders. Zij het dat de zorgaanbieders er ook zorg voor moeten dragen dat de richtlijn multidisciplinair wordt ontwikkeld en de patiënten- en familieorganisaties bij het opstellen van de richtlijn worden betrokken. Uitgangspunt is dat de zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid in dezen nemen en voortvarend te werk gaan bij het ontwikkelen van richtlijnen. Mocht in de praktijk echter blijken dat er geen richtlijnen tot stand komen, dan voorziet artikel 8:4, tweede lid, in de mogelijkheid dat wij op advies van de inspectie een richtlijn vaststellen. Ook in het geval dat naar het oordeel van de inspectie de gehanteerde richtlijn niet voldoet aan de professionele standaarden, kan op advies van de inspectie een richtlijn met minimumnormen worden vastgesteld.

Om duidelijk aan te geven dat de ontwikkeling van richtlijn de primaire taak is van het veld zelf, kunnen in de richtlijn die door ons kan worden vastgesteld alleen minimumnormen worden opgenomen. Deze bepaling is vergelijkbaar met de voorziening die in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg is opgenomen, om indien het kwaliteitsniveau van de zorg dit vereist, nadere regels te kunnen stellen voor categorieën van zorgaanbieders bij of krachtens algemene maatregel van bestuur. In het geval dat een richtlijn is vastgesteld, zijn alle zorgaanbieders aan deze richtlijn gehouden bij de toepassing van deze specifieke vorm van verplichte zorg.

Het derde lid maakt het tenslotte mogelijk om bij algemene maatregel aanvullende eisen te stellen ten aanzien van de kwaliteit van zorg, de veiligheid binnen de accommodatie of bouwkundige eisen te stellen aan de accommodaties waar verplichte zorg wordt verleend. Aangezien de richtlijnen zijn bedoeld om specifieke eisen te stellen aan specifieke vormen van verplichte zorg, lenen de richtlijnen zich niet goed voor algemene eisen die gelden voor verschillende vormen van zorg. Het derde lid maakt het mogelijk om deze algemene eisen die niet thuishoren in richtlijnen bij algemene maatregel van bestuur te regelen en alle zorgaanbieders te binden aan deze aanvullende regels.

Artikel 8:5

Artikel 8:5 bevat de algemene verplichting voor de zorgaanbieder om de interventies op het terrein van de zorg die zijn vastgelegd in een zorgmachtiging of een crisismaatregel, ook daadwerkelijk te verlenen. In juridisch-technische zin zou mogelijk verdedigbaar zijn dat een dergelijke verplichting niet nodig is, omdat de verplichting gelijk te stellen is met de opdracht om een rechterlijke beslissing uit te voeren. Omdat de zorgmachtiging echter strikt genomen primair alleen legitimeert tot toepassing van dwang die is voorzien in de zorgmachtiging, is met deze bepaling tot uitdrukking gebracht dat de zorgmachtiging ook een verplichting voor de zorgaanbieder in het leven roept. Overigens staat deze verplichting wettelijk gezien los van een financiële aanspraak op zorg. Een dergelijke aanspraak wordt gevestigd door middel van toepassing van financieringsregelingen als de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet.

Artikel 8:6

Om ervoor te zorgen dat niet alleen bij de voorbereiding, maar ook bij de uitvoering van de zorgmachtiging of de crisismaatregel aandacht wordt besteed aan de voorkeuren en wensen van betrokkene op het terrein van de zorg, bepaalt artikel 8:6 dat de zorgaanbieder ervoor moet zorgen dat de zorgkaart bekend is bij de zorgverantwoordelijke en de zorgverlener (eerste lid). Artikel 8:6, tweede lid, bepaalt dat betrokkene alsnog een zorgkaart kan opmaken, als dit in het voorbereidingstraject nog niet is gebeurd of de zorgkaart kan wijzigen gedurende de toepassing van de verplichte zorg. Mocht het voorkomen dat de voorkeuren en wensen in strijd zijn met de verleende zorgmachtiging of crisismaatregel, kan de geneesheer-directeur hiervan aantekening maken op de zorgkaart.

Artikel 8:7

Hoofdstuk 2 brengt mee dat de dwang waartoe een zorgmachtiging of een crisismaatregel legitimeert, niet zonder meer kan worden toegepast. De zorgverantwoordelijke dient zich eerst op de hoogte te stellen van de actuele gezondheidstoestand van betrokkene, opdat niet onnodig naar dwang wordt gegrepen (eerste lid, onder a). Deze verplichting moet ruim worden opgevat; het gaat om de algehele conditie van betrokkene,

inclusief een beoordeling van omgevingsfactoren. Voorts zal de zorgverantwoordelijke in multidisciplinair verband overleg moeten voeren over een voornemen tot het toepassen van onvrijwillige zorg (eerste lid, onder b). Welke deskundigen geraadpleegd moeten worden, is afhankelijk van de problematiek van betrokkene. Bij middelenafhankelijkheid ligt het in de rede dat een verslavingsarts geconsulteerd wordt. Als betrokkene een verstandelijke beperking heeft, zal overleg met een orthopedagoog zinvol zijn. Des te complexer de problematiek, des te groter de noodzaak tot overleg in breder verband. Kern van de bepaling is in elk geval dat niet monodisciplinair beslist wordt tot verplichte zorg. De categorieën van deskundigen worden door ons aangewezen. Het is van belang dat betrokkene zo vroeg mogelijk wordt betrokken bij een voornemen tot het toepassen van onvrijwillige zorg. Daartoe is een vooroverlegverplichting geïntroduceerd (eerste lid, onder c). Door dit vooroverleg waarin de zorgverantwoordelijke zijn overwegingen kan delen, is betrokkene beter voorbereid en kan hij nog een beroep doen op bijvoorbeeld de patiëntenvertrouwenspersoon. Niet uitgesloten moet immers worden dat toepassing van dwang toch nog kan worden voorkomen.

De zorgmachtiging dient alle vormen van zorg te bevatten die noodzakelijk zijn voor de reguliere behandeling van de psychische stoornis en in crisissituaties die vooraf kunnen worden voorzien. Dit betekent dat een zorgmachtiging een breed arsenaal aan interventies kan omvatten. Artikel 8:7 waarborgt dat de vormen van verplichte zorg, waartoe de rechter een legitimatie heeft verstrekt, alleen kunnen worden toegepast als de in de zorgmachtiging omschreven omstandigheden zich voordoen. Artikel 8:7 onderstreept dat iedere vorm van verplichte zorg met terughoudendheid moet worden toegepast en altijd vooraf getoetst moeten worden aan de algemene beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, veiligheid en effectiviteit (artikel 2:1). De zorgverantwoordelijke zal zijn keuze uit het arsenaal aan mogelijkheden dat de zorgmachtiging biedt, moeten verantwoorden en duidelijk kunnen maken dat met een lichtere interventie niet kan worden volstaan. De verplichte evaluatiemomenten die in de zorgmachtiging zijn opgenomen, dienen als waarborg dat de verplichte zorg langer dan noodzakelijk wordt toegepast.

Dit wetsvoorstel biedt meer mogelijkheden voor de toepassing van ambulante vormen van onvrijwillige zorg dan onder het regime van de Wet bopz. Waar de opneming in de Wet bopz als stok achter de deur fungeert om bij een voorwaardelijke machtiging nakoming van de voorwaarden af te dwingen, is de ambulante zorg in deze regeling als een zelfstandige verplichting afdwingbaar. Dit betekent dat in het geval dat een zorgmachtiging strekt tot het gebruik van medicatie en de betrokkene thuis blijft wonen, het ook mogelijk moet zijn om er op toe te zien dat de zorgmachtiging wordt nagekomen en zondig wordt afgedwongen. De zorgverleners zullen in die gevallen de bevoegdheid krijgen om de woning te kunnen betreden, in het uiterste geval met behulp van de politie. De verwachting is overigens dat de overgrote meerderheid van de betrokkenen de verplichtingen zonder problemen zal nakomen en zal instemmen met de toediening van medicatie in bijvoorbeeld de eigen woning. Mocht de betrokkene echter de medicatie weigeren, althans daar niet mee instemmen, dan zal de medicatie in een poliklinische omgeving moeten kunnen worden toegediend. Overigens zal een proportionaliteitstoets ook tot een andere uitkomst kunnen leiden. Mocht vervoer naar een polikliniek nodig zijn, voorziet het wetsvoorstel in een regeling voor gedwongen vervoer naar de instelling waar de medicatie alsnog kan worden toegediend. Het is uiteraard de bedoeling om het vervoer op een voor de patiënt de minst belastende wijze te laten plaatsvinden en alleen als het niet anders kan hulp van de politie hierbij in te schakelen.

Artikel 8:8

Bij uitvoering van de zorgmachtiging of de crisismaatregel kan het noodzakelijk zijn dat betrokkene vervoerd wordt. Zo is het denkbaar dat een persoon die ambulante zorg ontvangt en verplicht is tot inname van bepaalde medicatie. Als betrokkene herhaaldelijk niet verschijnt op de polikliniek om medicatie toegediend te krijgen, kan er uiteindelijk besloten worden om de persoon thuis op te halen en hem naar de polikliniek te vervoeren. Artikel 8:8 bepaalt dat de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke, derden – zoals bijvoorbeeld ambulancepersoneel – kunnen inschakelen bij de uitvoering van de zorgmachtiging of de crisismaatregel. In de gevallen dat er direct gevaar dreigt voor betrokkene, zijn omgeving of het personeel kunnen de derden zich laten bijstaan door de politie. De algemene uitgangspunten van hoofdstuk 2, waaronder het proportionaliteitsvereiste, brengen mee dat er altijd een zorgvuldige afweging dient te worden gemaakt voor de minst belastende wijze van vervoer van betrokkene en er uiterst terughoudend dient te worden omgegaan met de inzet van de politie.

Artikelen 8:9 tot en met 8:11

Als algemene regel geldt dat uitsluitend die vormen van dwang kunnen worden toegepast die zijn opgenomen in een zorgmachtiging of een crisismaatregel. Omdat het in een noodsituatie toch noodzakelijk kan zijn dat dwang moet worden toegepast, bevatten de artikelen 8:9 tot en met 8:11 enkele daartoe strekkende voorzieningen. Enerzijds zijn de situaties waarin tijdelijk verplichte zorg kan worden toegepast waarin de zorgmachtiging of crisismaatregel niet voorziet zo sterk mogelijk geclausuleerd, om te voorkomen dat de zorgmachtiging en de crisismaatregel worden uitgehold. Anderzijds moet de uitvoeringspraktijk niet in een onmogelijke positie raken wanneer ter overbrugging van een noodsituatie tijdelijk gedwongen interventies noodzakelijk zijn. Hiertoe zijn in de eerste plaats strenge criteria opgenomen die de toepassingsmogelijkheden van deze artikelen beperken. De criteria worden hieronder artikelsgewijs nog toegelicht. In de tweede plaats zal slechts in een beperkte tijdsspanne van de bevoegdheid gebruik kunnen worden gemaakt. In de derde plaats bepaalt artikel 8:10 dat een verlenging van een beslissing alleen aan de orde kan zijn als tegelijkertijd de procedure voor een (nieuwe) zorgmachtiging in gang wordt gezet. Deze bepaling geeft daarmee ook de verhouding van artikelen 8:9 tot en met 8:11 ten opzichte van de crisismaatregel aan. De crisismaatregel is in beginsel «gereserveerd» voor mensen die nog niet verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging ontvangen en in een dusdanige noodsituatie verkeren als gevolg van hun psychische stoornis dat een zorgmachtiging niet kan worden afgewacht. Als iemand met een zorgmachtiging bijvoorbeeld onverwachts decompenseert en maatregelen buiten de zorgmachtiging nodig blijken, kan een beroep worden gedaan op de artikelen 8:9 tot en met 8:11. Het is niet de bedoeling dat in dat geval een crisismaatregel wordt aangevraagd. Mocht echter blijken dat het noodzakelijk is om de verplichte zorg voort te zetten na de beperkte duur van de tijdelijke maatregel, dan zal een nieuwe zorgmachtiging moeten worden aangevraagd en de daarvoor voorgescreven procedure moeten worden doorlopen (zie artikel 8:10).

De tijdelijke interventies die mogelijk zijn op grond van de artikelen 8:9 tot en met 8:11 kunnen alleen ter afwending van een noodsituatie worden ingezet en niet als sanctie jegens betrokkene. Deze (veiligheids)maatregelen zijn niet bedoeld om «iemand een lesje te leren» of om «iemand onder de duim te houden». Er mag in geen enkel geval sprake zijn van een strafregime.

Artikel 8:9

Artikel 8:9 formuleert het algemene uitgangspunt dat de zorgverantwoordelijke alleen die verplichte zorg mag verlenen die in de zorgmachtiging of crisismaatregel is voorzien. Van dit uitgangspunt kan alleen worden afgeweken indien dit tijdelijk noodzakelijk is om de redenen genoemd in de onderdelen a tot en met d. Het artikel ziet zowel op personen die met een zorgmachtiging in een accommodatie zijn opgenomen als op personen die verplicht ambulante zorg ontvangen.

In vergelijking met artikel 39 Wet bopz is artikel 8:9 aangescherpt, omdat artikel 39 Wet bopz in het midden laat wie kan besluiten tot toepassing van de desbetreffende middelen en maatregelen. Artikel 8:9 bepaalt dat de zorgverantwoordelijke beslissingsbevoegd is. Er kan ook tot tijdelijke verplichte zorg worden besloten als de gedraging die het aanzienlijke risico op ernstige schade veroorzaakt niet direct gerelateerd is aan de psychische stoornis van betrokkene. Het is immers denkbaar dat iemand bijvoorbeeld ontspoord door overmatig drankgebruik zonder dat een direct verband met de psychische stoornis bestaat. Ook in de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn verschillende situaties denkbaar waarbij bijvoorbeeld afzondering noodzakelijk kan zijn, terwijl het niet duidelijk is of de gedraging het gevolg is van de psychische stoornis of dat er sprake is van ernstig puberaal gedrag.

De artikelen 8:9 tot en met 8:11 bieden een grondslag om in een crisissituatie specifieke vrijheden van betrokkene tijdelijk te kunnen beperken of specifieke vormen van verplichte zorg te kunnen verlenen. Om tot uitdrukking te brengen dat alleen in uitzonderingssituaties waarover de zorgmachtiging of de crisismaatregel niets bepaalt, gebruik kan worden gemaakt van deze bepalingen, is ook hier een «neen, tenzij-formulering» gehanteerd. De beperkingen kunnen slechts voor een korte duur worden toegepast en alleen worden verlengd indien een verzoek voor een nieuwe zorgmachtiging wordt gedaan (artikel 8:10, vierde lid).

Artikel 8:10

De artikelen 8:9 tot en met 8:11 zijn bedoeld om tijdelijk een ernstige crisissituatie te kunnen afwenden. De algemene uitgangspunten van hoofdstuk 2 brengen mee dat deze bijzondere interventies alleen als laatste middel en niet langer dan noodzakelijk mogen worden ingezet. Gelet op de ingrijpendheid van deze interventies en om te voorkomen dat de zorgmachtiging wordt uitgehold door een langdurig beroep op deze artikelen, is de duur van deze interventies gebonden aan een maximale termijn van drie dagen. In die gevallen waar de psychische gezondheid van betrokkene noodzaakt tot voortzetting van de beperking van vrijheden of verplichte zorg zal de zorgmachtiging moeten worden aangepast. De zorgverantwoordelijke kan op grond van het vierde lid alleen tot verlenging van de tijdelijke interventies besluiten, als ook een verzoek voor een (nieuwe) zorgmachtiging bij de commissie is ingediend. In dat geval kunnen de bijzondere beperkingen of verplichte zorg worden voortgezet tot het moment dat de rechter een beslissing over de aangepaste zorgmachtiging heeft genomen of de commissie besluit het verzoek voor een aangepaste zorgmachtiging niet aan de rechter voor te leggen. Als de gebruikelijke termijnen zouden worden gehanteerd door de commissie en de rechter, zou dit er toe kunnen leiden dat de tijdelijke interventies gedurende een periode van zes weken worden toegepast. Gelet op het tijdelijke karakter van de interventies die op grond van de artikelen 8:9 tot en met 8:11 kunnen worden toegepast zijn de termijnen voor de commissie en rechter bekort.

Zo dient de commissie binnen vijf dagen haar advies over de aangepaste zorgmachtiging aan de rechter voor te leggen (artikel 5:16, derde lid). Nu de commissie al eerder over een zorgmachtiging voor betrokkene heeft geadviseerd, moet het mogelijk zijn om binnen vijf dagen het advies aan de rechter voor te bereiden. Ook voor de rechter geldt een kortere termijn waarbinnen hij een uitspraak moet doen over de aangepaste zorgmachtiging. De rechter dient binnen drie dagen uitspraak te doen (artikel 6:2, onderdeel b).

Artikel 8:11

Voor de beslissingen tot tijdelijke interventies in crisissituaties waar de zorgmachtiging of de crisismaatregel niet in voorziet, geldt een aantal zorgvuldigheidseisen. Het eerste lid bepaalt dat de zorgverantwoordelijke een beslissing op grond van de artikelen 8:9 tot en met 8:11 op schrift moet stellen en dient te voorzien van een motivering. Uit de beslissing zal moeten blijken dat aan de voorwaarden van het eerste lid van de desbetreffende artikelen is voldaan en de keuze van de interventie moeten worden verantwoord. De primaire verantwoordelijkheid voor de beslissingen in de artikelen 8:9 tot en met 8:11 is neergelegd bij de zorgverantwoordelijke, maar dit betekent niet dat de geneesheer-directeur hier geen bemoeienis mee heeft. In een crisissituatie zal er niet altijd de tijd en gelegenheid zijn om overleg te voeren met de geneesheer-directeur en moet de zorgverantwoordelijke zonedig voortvarend kunnen optreden. De zorgverantwoordelijke zal de geneesheer-directeur zo spoedig mogelijk op de hoogte dienen te stellen van de toepassing van de tijdelijke interventies, aangezien op de geneesheer-directeur de verplichting rust om de betrokkene, zijn wettelijke vertegenwoordiger, de patiëntcontactpersoon en de commissie een afschrift te zenden van de beslissing van de zorgverantwoordelijke (derde lid). Indien de geneesheer-directeur vanuit zijn verantwoordelijkheid twijfelt aan de noodzaak van de interventies zal hij de zorgverantwoordelijke daar op aan moeten spreken, om daarmee invulling te geven aan zijn taak als bewaker van de kwaliteit van de verplichte zorg en toetser op afstand aan de uitgangspunten van hoofdstuk 2.

Het tweede lid bepaalt dat in de beslissing de momenten worden vermeld waarop de proportionaliteit, de subsidiariteit en effectiviteit van de interventies en de beslissing moet worden beoordeeld. Gelet op de ingrijpende aard en het tijdelijke karakter van de interventies is het noodzakelijk dat deze niet langer dan nodig worden toegepast en daartoe tussentijds geëvalueerd worden door de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke. Deze bepaling onderstreept de rol van de geneesheer-directeur bij de kwaliteit van verplichte zorg. Dit artikel vormt daarmee een nadere invulling van artikel 2:1, tiende lid, op grond waarvan in het algemeen geldt dat bij de beslissingen op basis van hoofdstuk 8 de proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit worden beoordeeld.

Artikel 8:12

Zoals ook reeds bij de toelichting op artikel 8:2, eerste lid, is vermeld, biedt de gekozen formulering geen bevoegdheid om betrokkene te visiteren. Een onderzoek in het lichaam naar voorwerpen die betrokkene niet in zijn bezit mag hebben of een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of anderen kunnen veroorzaken, is een te vergaande aantasting van de lichamelijke integriteit en voldoet niet aan het beginsel van proportionaliteit. Visitatie is voor betrokkene een uiterst traumatiserende ervaring en kan in het bijzonder bij jeugdigen leiden tot blijvende schade. Indien er een ernstig vermoeden bestaat dat betrokkene gevaarlijke voorwerpen in zijn lichaamsholtes verbergt, zal hij door middel van

overreding moeten worden bewogen om deze voorwerpen af te geven. Daarnaast kan er door intensief toezicht voorkomen worden dat betrokkene met deze gevaarlijke voorwerpen zichzelf of anderen ernstige schade toebrengt.

Artikel 8:13 en 8:14

De zorgaanbieder stelt algemene huisregels op die gelden binnen een accommodatie of een afdeling daarvan. De huisregels kunnen gelden voor zowel personen die permanent in een accommodatie verblijven als voor degenen die daar een dagbehandeling of andere vorm van ambulante zorg ontvangen. De huisregels zijn gericht op een ordelijke gang van zaken binnen de accommodatie en de veiligheid van betrokkene, andere patiënten en het personeel. De huisregels dienen algemeen van aard te zijn, op de persoon gerichte beperkingen horen niet in de huisregels thuis, maar dienen onderdeel te zijn van het zorgplan van betrokkene.

De huisregels zullen gelet op de zorg die wordt verleend en de doelgroep per accommodatie moeten kunnen verschillen. Het tweede lid maakt een dergelijke differentiatie mogelijk. Afhankelijk van de aard en het niveau van zorg en bescherming binnen de afdeling zullen de huisregels in meer of mindere mate beperkingen op kunnen leggen en ook andersoortig kunnen zijn. Tegelijkertijd is het onwenselijk dat de huisregels voor soortgelijke accommodaties en doelgroepen grote verschillen vertonen en moet worden voorkomen dat in de huisregels vergaande beperkingen in de bewegingsvrijheid worden opgenomen die eigenlijk in de zorgmachtiging thuis horen. Om deze redenen bepaalt artikel 8:14 dat de commissie in overeenstemming met de inspectie modellen voor huisregels vaststelt en dat nadere regels kunnen worden gesteld ten aanzien van de aard en de duur van de beperkingen die in de huisregels mogen worden opgenomen. Artikel 8:14 voorziet daarmee in de mogelijkheid om verschillende modellen voor huisregels te ontwikkelen die zijn toegespitst op bijvoorbeeld normale ggz zorg, verslavingszorg, kinder- en jeugdafdelingen en personen met een eetstoornis.

Op de zorgaanbieder rust de verplichting om de huisregels aan de betrokkene bekend te maken en mondeling toe te laten lichten. Daarnaast dienen de wettelijke vertegenwoordiger en de patiëntcontactpersoon op de hoogte te worden gesteld van de huisregels.

Gelet op de samenhang tussen artikel 3:2 en artikel 8:14, komt het wetsvoorstel tegemoet aan de aanbevelingen van de evaluatiecommissie op het punt van de huisregels.

Artikel 8:15

Artikel 8:15 bevat algemene informatieverplichtingen voor de zorgaanbieder. De zorgaanbieder moet de persoon met een zorgmachtiging of een crisismaatregel, zijn wettelijke vertegenwoordiger en de patiëntcontactpersoon informeren over degenen die (primair) verantwoordelijk zijn voor het verlenen van zorg aan betrokkene, de mogelijkheid tot advies en bijstand door een patiëntenvertrouwenspersoon en nog een aantal zaken, opgesomd in artikel 8:15. Vanwege de mogelijke reikwijdte van de zorgmachtiging of de crisismaatregel, is het toepassingsbereik van artikel 8:15 (in vergelijking met de artikelen 36 en 37 van de Wet bopz) niet beperkt tot een persoon die op grond van een zorgmachtiging of een crisismaatregel gedwongen is opgenomen in een accommodatie. Ook zorgaanbieders die ambulant, transmuraal of in de eigen woning zorg aanbieden aan een persoon met een zorgmachtiging of een crisismaatregel, moeten aan de verplichting in deze bepaling voldoen.

Artikel 8:16

Artikel 8:16 bevat regels voor het vastleggen van gegevens in het dossier. De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het aanleggen van een dossier. In het dossier zal de voortgang van de uitvoering van de zorgmachtiging of crisismaatregel moeten worden neergelegd. Daarnaast dient in het dossier ook de tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties te worden opgenomen (artikel 8:9 e.v.). In de zorgmachtiging zijn de toetsmomenten bepaald waarop de proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit van de (verplichte) zorg wordt beoordeeld. Het verslag van deze toetsing wordt eveneens aan het dossier toegevoegd. Het derde lid bevat een grondslag voor een algemene maatregel van bestuur om ter bescherming van de privacy regels te stellen over de bewaartermijn van gegevens en de overdracht van gegevens aan derden. Beoogd wordt om aan te sluiten bij het regime van de Wgbo.

Artikel 8:17

Ten behoeve van het toezicht door de inspectie en de taken van de commissie dient de zorgaanbieder een register bij te houden ten aanzien van de toepassing van verplichte zorg. Het eerste lid bepaalt welke gegevens in ieder geval in het register moeten worden opgenomen. Voor iedere vorm van verplichte zorg die wordt toegepast, geldt deze registratieplicht. Op basis van deze registratie door de zorgaanbieder krijgen de inspectie en de commissie inzicht in de duur van bijvoorbeeld separaties en dwangmedicatie. De geregistreerde gegevens kunnen daarnaast gebruikt worden voor de periodieke rapportages van de inspectie over de toepassing van verplichte zorg.

Het tweede lid bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur nadere regels kunnen worden gesteld over de gegevens die in het register kunnen worden opgenomen en de verstrekking van de gegevens aan de inspectie en de commissie. De inspectie en de zorgaanbieders werken op dit moment aan het project Argus, dat voorziet in een adequate en efficiënte registratie en uitwisseling van gegevens. De algemene maatregel van bestuur zal in lijn met het project Argus worden uitgewerkt. Met deze bepaling komen wij ook tegemoet aan het advies van GGZ Nederland om op landelijk niveau gegevens bij te houden over de toepassing van verplichte zorg.

Artikel 8:18

Artikel 8:18 maakt het mogelijk om de verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg of het toepassen van dwang op grond van een zorgmachtiging of een crisismaatregel aan een andere zorgaanbieder, zorgverantwoordelijke of zorgverlener toe te wijzen. Deze bepaling maakt het mogelijk de zorgplicht (inclusief een eventuele opnameplicht) die verbonden is aan de zorgmachtiging of de crisismaatregel, door een ander te laten uitvoeren dan degene die genoemd is in de zorgmachtiging of de crisismaatregel.

Het uitgangspunt van het tweede lid is dat de geneesheer-directeur en betrokkene tot overeenstemming komen met alle betrokken partijen. Voorwaarde is daarmee dat de beoogde zorgaanbieder, geneesheer-directeur en zorgverlener ook instemmen met het overnemen van de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorgmachtiging. Als er overeenstemming is kan de overplaatsing naar een andere zorgaanbieder of zorgverantwoordelijke zonder problemen worden uitgevoerd, nadat de commissie en alle betrokkenen op de hoogte zijn gesteld door de geneesheer-directeur (derde en vijfde lid). Het vierde lid bepaalt dat indien

er geen overeenstemming tussen betrokken partijen ontstaat, de commissie een advies uitbrengt aan de geneesheer-directeur. De commissie zal de betrokken partijen dan moeten horen en zonedig bemiddelen om tot een voor alle partijen aanvaardbare oplossing te komen. De geneesheer-directeur zal het advies van de commissie bekrachtigen in zijn beslissing. Alleen in zeer uitzonderlijke gevallen kan de geneesheer-directeur afwijken van het advies van de commissie. De uiteindelijke beslissing van de geneesheer-directeur op het verzoek is klachtwaardig.

Artikel 8:19

Anders ligt het bij beslissingen tot tijdelijke onderbreking van onvrijwillige zorg. Omdat daarmee feitelijk de werking van de zorgmachtiging of de crisismaatregel kan worden stopgezet, ligt het in de rede dat de geneesheer-directeur een daartoe strekkende beslissing neemt. Deze beslissingsbevoegdheid is overigens niet absoluut (zie artikel 9:1).

Artikel 8:20

De verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging of een crisismaatregel is aan een maximale duur gebonden. Gelet op de uitgangspunten van hoofdstuk 2 zal tijdens de uitvoering van de zorgmachtiging en de crisismaatregel de noodzaak voor verplichte zorg voortdurend moeten worden getoetst. Op het moment dat naar de overtuiging van de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke geen noodzaak meer bestaat voor verplichte zorg en niet langer wordt voldaan aan de criteria van de artikelen 3:3 en 3:4, zal de geneesheer-directeur een beslissing tot beëindiging van de verplichte zorg moeten nemen. De betrokkene kan zelf ook een verzoek doen tot beëindiging van de verplichte zorg, indien naar zijn oordeel het doel van de verplichte zorg is bereikt.

Omdat met de beslissing tot (voorwaardelijke) beëindiging feitelijk de werking van de zorgmachtiging of de crisismaatregel wordt stopgezet, ligt het in de rede dat de geneesheer-directeur en niet de zorgverantwoordelijke een daartoe strekkende beslissing neemt.

Om evenwicht te bereiken in de bevoegdheidsverdeling kan de geneesheer-directeur niet eigenstandig beslissen tot beëindiging van dwang. Aangezien de zorgverantwoordelijke en de geneesheer-directeur een eigen belang kunnen hebben bij de beëindiging van de verplichte zorg is er voor gekozen om de commissie als onafhankelijke partij te laten adviseren over de beëindiging van de verplichte zorg (derde lid). De commissie zal in haar advies het principe van wederkerigheid mee moeten wegen en beoordelen of de randvoorwaarden voor een succesvolle deelname aan het maatschappelijke leven voor betrokkene aanwezig zijn. Doordat de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke weten dat de commissie aan het principe van wederkerigheid toetst, zal dit er toe leiden dat zij zich actief zullen inspannen om de noodzakelijke voorwaarden voor deelname van betrokkene aan het maatschappelijke leven te realiseren. Waar nodig kan de geneesheer-directeur ook een beroep doen op de commissie indien de betrokken partijen zoals gemeenten of woningbouwcorporaties hun verantwoordelijkheid bij de wederkerigheid niet of onvoldoende invullen. De geneesheer-directeur en de commissie zullen vroegtijdig de nodige stappen moeten nemen om de noodzakelijke randvoorwaarden te realiseren, om te voorkomen dat betrokkene langer dan noodzakelijk aan verplichte zorg wordt onderworpen. Het advies van de Raad van State heeft aanleiding gegeven om in artikel 8:20 een termijn op te nemen, waarbinnen de commissie de geneesheer-directeur dient te adviseren over zijn voorgenomen beslissing op het verzoek om beëindiging van de zorgmachtiging. De commissie zal

de geneesheer-directeur binnen vijf werkdagen van advies moeten voorzien. In het geval de commissie niet binnen deze termijn adviseert, kan de geneesheer-directeur zijn voorgenomen beslissing effectueren. Hiermee wordt voorkomen dat de beslissing over de beëindiging van de verplichte zorg te zeer vertraagd wordt en betrokkene spoedige toegang tot de rechter wordt onthouden (EHRM 19 september 1986, NJ 1988, 555 Sanchez-Reisse).

De geneesheer-directeur zal in beginsel het advies van de commissie moeten overnemen. Dit is tot uitdrukking gebracht in het vijfde lid. De geneesheer-directeur bekrachtigt met zijn beslissing het advies van de commissie, tenzij hij gegronde redenen heeft om hiervan af te wijken. Deze situatie zal zich naar verwachting slechts bij uitzondering voordoen. De geneesheer-directeur zal in dat geval de commissie op de hoogte moeten stellen van zijn bezwaren tegen het advies. Vervolgens zal de commissie het verzoek tot beëindiging van de verplichte zorg aan de rechter voor moeten leggen. De rechter zal zo spoedig mogelijk een beslissing dienen te nemen op het verzoek tot beëindiging van de verplichte zorg.

Tegen de beslissing van de geneesheer-directeur kan bezwaar worden gemaakt via de klachtprocedure van hoofdstuk 10.

Artikel 8:21

Voor betrokkene is het vaak van groot belang dat bij de beëindiging van de verplichte zorg een evaluatie van de uitvoering van de zorgmachtiging of de crisismaatregel plaats vindt. De beperking van de vrijheden van betrokkene en de verplichte zorg grijpen diep in op de autonomie van betrokkene en laten diepe sporen na die in veel gevallen de rest van hun leven nog gevoeld worden. Artikel 8:21 bevat de verplichting voor de zorgverantwoordelijke om na beëindiging van de zorgmachtiging of de crisismaatregel de verplichte zorg te evalueren. De uitkomsten van deze evaluatie kunnen worden gebruikt om de voorkeuren en wensen van betrokkene op de zorgkaart vast te leggen. Indien betrokkene lijdt aan een chronische psychische stoornis, die naar verwachting ook in de toekomst kan noodzaken tot verplichte zorg, kan de evaluatie ook worden aangegrepen om een zelfbindingsverklaring op te stellen.

HOOFDSTUK 9 Bijzondere bepalingen ten aanzien van personen met een justitiële titel

Hoofdstuk 9 bevat een tweetal bepalingen ten aanzien van de rechtspositie van personen die op grond van een zorgmachtiging of crisismaatregel in een accommodatie zijn opgenomen en op wie tevens een justitiële titel van toepassing is. Het betreft personen die gedurende een strafrechtelijke vrijheidsbeneming zijn overgeplaatst naar een ggz instelling. Voor deze personen geldt een afwijkende regeling voor tijdelijke onderbreking en de beëindiging van de verplichte zorg.

Jaarlijks worden ongeveer 500 personen met een strafrechtelijke titel in ggz accommodaties opgenomen. Het gaat hier om uiteenlopende categorieën van personen. Er zijn verdachten of veroordeelden van wie de geestelijke gezondheid tijdens het verblijf in een justitiële inrichting noodzaakt tot overplaatsing naar een ggz accommodatie (zie artikel 15, vijfde lid, van de Penitentiaire beginselenwet, artikel 14, eerste lid, van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden en artikel 16, zesde lid, van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen). Voor deze groep zijn een aantal ontwikkelingen te noemen die in de toekomst zullen leiden tot afname van het aantal opnamen in de reguliere

ggz. In het kader van het programma vernieuwing forensische zorg en het plan van aanpak tbs zijn een aantal verbeteringen gestart van de behandelingsmogelijkheden in het gevangeniswezen. Om een hoger zorgniveau te realiseren, zullen binnen de bestaande capaciteit van het gevangeniswezen bijzondere zorgplaatsen worden gerealiseerd. Een deel van deze plaatsen wordt in de reguliere ggz ingekocht. De overige plaatsen worden, gerealiseerd in (naar verwachting) vijf zorgcentra. Zoals hiervoor in paragraaf 15 is aangegeven zal de zorg aan gedetineerden met een psychische stoornis in beginsel worden verleend in deze penitentiaire psychiatrische centra. De verruiming van de mogelijkheden van dwangbehandeling (tot wijziging van de beginselenwetten in verband met de verruiming van de mogelijkheid tot onvrijwillige geneeskundige behandeling) en het uitgangspunt van equivalentie van zorgverlening binnen de penitentiaire psychiatrische centra, maken dat het in de toekomst minder vaak nodig is gedetineerden of verdachten met een psychische stoornis, voor het verkrijgen van een (dwang)behandeling op grond van een rechterlijke machtiging in een psychiatrische inrichting te plaatsen. Met name de groep gedetineerden en verdachten met een psychische stoornis die een hoog beveiligingsniveau behoeven, zullen in de toekomst in de penitentiaire psychiatrische centra worden behandeld. Gedetineerden en verdachten waarbij een dergelijk beveiligingsniveau niet nodig is, komen in aanmerking voor de bij de reguliere ggz ingekochte plaatsen.

In een psychiatrisch ziekenhuis verblijven echter vooral personen die daar direct op basis van een strafrechtelijke titel worden geplaatst, zoals veroordeelden met een strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (artikel 37, eerste lid, Sr) of veroordeelden tot tbs met dwangverpleging (artikel 37b, eerste lid, Sr), alsmede personen die instemmen met opname in een accommodatie op grond van een voorwaarde, bijvoorbeeld verdachten van wie de voorlopige hechtenis is geschorst onder de voorwaarde van opname in een psychiatrisch ziekenhuis (artikel 80, eerste lid, Sv) of die zijn veroordeeld tot tbs (zonder dwangverpleging, maar) onder de voorwaarde dat betrokkene zich laat opnemen en behandelen in een psychiatrisch ziekenhuis. Voor deze personen geldt dat zij met de voorwaarde tot opnemings- en de behandeling hebben ingestemd.

Indien de opname en behandeling plaatsvindt op grond van een strafrechtelijke titel, waarvan hiervoor een aantal voorbeelden zijn genoemd, is er sprake van forensische zorg in de zin van het wetsvoorstel forensische zorg. De financiering van deze zorg geschiedt op basis van dat wetsvoorstel door de minister van Justitie.

Ten aanzien van personen die met een strafrechtelijke titel in een psychiatrisch ziekenhuis zijn geplaatst, draagt de Minister van Justitie medeverantwoordelijkheid, die tot uitdrukking komt in de artikelen 9:1 en 9:2.

Artikel 9:1

In bijzondere gevallen kan er een samenloop zijn van een strafrechtelijke titel met een zorgmachtiging. Tijdens de detentie kan bijvoorbeeld blijken dat vanwege een psychose een overplaatsing naar een ggz instelling noodzakelijk is. Er zal dan een zorgmachtiging voor betrokkene moeten worden aangevraagd. Als de psychische gezondheid van betrokkene weer voldoende hersteld is en er geen noodzaak meer bestaat voor verplichte zorg kan de zorgmachtiging via de procedure van artikel 8:20 worden beëindigd. Artikel 9:1, onderdeel a, bepaalt dat de geneesheer-directeur in dat geval de Minister van Justitie minimaal twee dagen voor de beëindiging van de verplichte zorg, hiervan op de hoogte stelt. Daarmee krijgt

de Minister van Justitie de mogelijkheid om de nodige voorbereidingen te treffen voor de overdracht van betrokkene van de zorgaanbieder naar Justitie. Voor de duidelijkheid zij vermeld dat artikel 9:1 niet van toepassing is als een persoon met een strafrechtelijke titel zonder zorgmachtiging is opgenomen in een accommodatie.

Ook voor een tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg geldt een afwijkende regeling indien er sprake is van samenloop met een vrijheidsbenemende straf of maatregel op grond van het Wetboek van Strafrecht of het Wetboek van Strafvordering (onderdeel b). De geneesheer-directeur kan dan niet zelfstandig beslissen tot tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg. Alleen als de Minister van Justitie instemt met het verzoek tot tijdelijke onderbreking kan de geneesheer-directeur het verzoek van betrokkene honoreren.

Ten slotte zal de geneesheer-directeur de Minister van Justitie moeten inlichten indien een persoon met een strafrechtelijke titel zich onttrekt aan de verplichte zorg. Naar aanleiding van deze melding kan de Minister van Justitie besluiten om artikel 565 van het Wetboek van Strafvordering toe te passen om betrokkene op te sporen.

Artikel 9:2

Artikel 9:2 moet worden gezien in het licht van het voorstel tot wijziging van het Wetboek van Strafvordering, het Wetboek van Strafrecht en enige andere wetten in verband met het verbeteren en versterken van de vaststelling van de identiteit van verdachten, veroordeelden en getuigen (Wet identiteitsvaststelling verdachten, veroordeelden en getuigen) (Kamerstukken II, 2007/08, 31 436, nr. 2). Dit wetsvoorstel, dat thans bij de Eerste Kamer aanhangig is, regelt tevens de vaststelling van de identiteit van personen met een strafrechtelijke titel die in een ggz accommodatie worden geplaatst en bevat daartoe een wijziging van de Wet bopz. Deze wijziging van de Wet bopz is in artikel 9:2 overgenomen. Voor nadere toelichting zij verwijzen naar de toelichting bij het wetsvoorstel en de overige kamerstukken.

HOOFDSTUK 10 Klachtprocedure

Verplichte zorg kan alleen worden verleend op grond van een zorgmachtiging of een crisismaatregel (artikel 3:1). Dit betekent dat de rechter in de gevallen dat er een zorgmachtiging is afgegeven, zich al heeft uitgesproken over de rechtmatigheid van de verplichte zorginterventies. Indien betrokkene zich niet kan vinden in de rechterlijke uitspraak over de zorgmachtiging, bijvoorbeeld omdat naar zijn oordeel niet is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg of de verplichte zorg niet proportioneel is, kan hij in hoger beroep gaan. Als betrokkene het niet eens is met de wijze waarop de verplichte zorg waartoe de zorgmachtiging of crisismaatregel legitimeert, wordt uitgevoerd, kan op grond van hoofdstuk 10 een klachtprocedure worden geïnitieerd. Dit betekent dat de klachtprocedure niet kan worden gebruikt als «sluiproute» om een oordeel in tweede instantie over de rechtmatigheid van de zorgmachtiging te krijgen. Daarom is bepaald dat de klachtencommissie zich in dat geval niet-ontvankelijk moet verklaren (artikel 10:4, tweede lid).

De klachtprocedure biedt de waarborg dat in alle onafhankelijkheid wordt getoetst of de toepassing van de verplichte zorg binnen de grenzen van de zorgmachtiging of de crisismaatregel is gebleven. De klachtregeling is bedoeld als een toegankelijke voorziening, waarbij zo min mogelijk drempels worden opgeworpen voor betrokkene om zijn klachten door een onafhankelijke commissie te laten beoordelen. In grote lijnen wordt

hiermee de klachtprocedure van de Wet bopz voortgezet, zij het dat de onafhankelijkheid van de klachtencommissie beter wordt gewaarborgd. In tegenstelling tot de Wet bopz zal de klachtencommissie niet langer aan de instelling worden verbonden.

De klachtprocedure van hoofdstuk 10 moet worden onderscheiden van de algemene klachtregeling van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Deze wettelijke regeling biedt een cliënt de mogelijkheid om bij een aan de instelling verbonden klachtencommissie een klacht in te dienen over een gedraging van de zorgaanbieder of van voor hem werkzame personen. De regeling van hoofdstuk 10 doet geen afbreuk aan de mogelijkheid om op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector een klacht in te dienen. De klachtregeling van hoofdstuk 10 beoogt echter betrokkene meer bescherming te bieden dan de algemene regeling in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Zo biedt de klachtprocedure van hoofdstuk 10 in tegenstelling tot de Wet klachtrecht cliënten zorgsector wel de mogelijkheid om tegen de beslissing van de klachtencommissie bij de rechtbank in beroep te gaan.

De zorgaanbieder dient ten behoeve van de afhandeling van klachten over de uitvoering van de verplichte zorg, aangesloten te zijn bij een onafhankelijke klachtencommissie. De klachtencommissie moet voldoen aan een aantal eisen die een onafhankelijke, zorgvuldige en deskundige afhandeling van klachten waarborgt. De onafhankelijkheid van de klachtencommissie wordt bijvoorbeeld gewaarborgd doordat de leden van de klachtencommissie niet werkzaam mogen zijn bij of voor de zorgaanbieder en geen relatie mogen hebben tot de klager, betrokkene of zijn vertegenwoordiger. Daarnaast moet de klachtencommissie zodanig van samenstelling zijn dat deskundigheid te allen tijde is gewaarborgd. Ook moet de commissie relatief eenvoudig bereikbaar zijn voor betrokkene.

De verplichting voor de zorgaanbieder om aangesloten te zijn bij een klachtencommissie, ontnemt de cliënt natuurlijk niet de mogelijkheid om zijn klacht, indien hij dit wenst, neer te leggen bij de door de instelling zelf op basis van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) ingestelde commissie. Deze commissie gaat over de behandeling van klachten over een gedraging van de zorgaanbieder of van voor de zorgaanbieder werkzame personen jegens een cliënt. De cliënt heeft met andere woorden de keuze of hij zijn klacht wil neerleggen bij de onafhankelijke klachtencommissie, waarbij de zorgaanbieder aangesloten dient te zijn op grond van de onderhavige wet, of bij de door de zorgaanbieder zelf ingestelde klachtencommissie op basis van de WKCZ. Na een beslissing van de klachtencommissie die inhoudt dat de klacht ongegrond is, kan de cliënt de klacht kan voorleggen aan de rechter.

Artikelen 10:1 en 10:2

Artikel 10:1 regelt de klachtencommissie en formuleert de taak van de klachtencommissie. De klachten worden beoordeeld door een (regionale) onafhankelijke klachtencommissie (artikel 10:2). De voorgestelde onafhankelijke klachtencommissies beoogt de kwaliteit van de klachtencommissie te waarborgen. Anders dan onder het regime van de Wet bopz rust er geen verplichting op de zorginstelling om te zorgen voor een eigen klachtencommissie. Door de klachtbehandeling los te weken van de instelling wordt de kwetsbaarheid van de klachtencommissie en de zorgaanbieder verminderd en het vertrouwen in de onafhankelijkheid van het oordeel over de klacht vergroot. De vrees van betrokkene om een klacht in te dienen bij dezelfde instelling die aan hem zorg verleent, kunnen door de voorgestelde organisatie worden weggenomen. Het vertrouwen in de onafhankelijke klachtencommissie zal bovendien

worden verhoogd door de eis te stellen dat alle leden onafhankelijk zijn van de instelling waarop de klacht betrekking heeft. De Wet bopz vereist nu alleen dat de klachtencommissie wordt voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter, de overige leden kunnen wel aan de instelling verbonden zijn. Een klachtbehandeling door een volledig onafhankelijke commissie op gepaste afstand van de indiener van de klacht, kan het gevoel van afhankelijkheid sterk verkleinen.

Tegelijkertijd zal de afstand tussen klager en de onafhankelijke klachtencommissie dusdanig moeten zijn, dat de klachtencommissie wel bereikbaar is voor klachten en zal (meer) bekendheid moeten worden gegeven aan de klachtwaardigheid van bepaalde beslissingen. Daartoe is niet alleen de verplichting voor de zorgaanbieder in het wetsvoorstel opgenomen om betrokkene zo snel mogelijk na de afgifte van de zorgmachtiging of de crisismaatregel te informeren over de klachtregeling (artikel 8:15, onderdeel d), maar ook bepaald dat bij het nemen van een klachtwaardige beslissing, betrokkene van de klachtwaardigheid hiervan in kennis wordt gesteld (artikelen 8:7, derde lid, 8:11, derde lid, 8:12, vierde lid, 8:18, zevende lid, 8:19, vijfde lid, en 8:20, zevende lid).

In de algemene maatregel van bestuur op basis van artikel 10:2, zesde lid, kan worden bepaald dat leden van de commissie die belast zijn (geweest) met de advisering over onvrijwillige zorg ten aanzien van een bepaalde persoon, niet tegelijkertijd deel uit kunnen maken van een onafhankelijke klachtencommissie die een klacht van diezelfde persoon behandelt.

Artikel 10:3

Op grond van artikel 10:3 kan een schriftelijke en gemotiveerde klacht worden ingediend bij de klachtencommissie over de uitvoering van de verplichte zorg. Naar aanleiding van de argumenten die het Platform GGZ en de NVvR in hun adviezen hebben aangedragen, is de kring van personen die een klacht kunnen indienen, uitgebreid. Niet alleen betrokkene zelf, maar ook zijn vertegenwoordiger, zijn advocaat, de patiëntcontactpersoon, de patiëntenvertrouwenspersoon of een andere belanghebbende kunnen een klacht indienen. Gelet op de kwetsbare en afhankelijke positie waarin betrokkene verkeert, is het van belang dat ook anderen dan betrokkene zelf kunnen klagen over de uitvoering van de verplichte zorg. Bij een belanghebbende kan ook worden gedacht aan familie en naasten van betrokkene.

De gronden waarop een klacht moet rusten zijn limitatief opgesomd. Een klacht kan betrekking hebben op de uitvoering van de zorgmachtiging of de crisismaatregel (artikelen 8:5, 8:7 en 7:4), de beslissingen op een verzoek om overplaatsing (artikel 8:18), een verzoek voor tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg (artikel 8:19), een verzoek tot beëindiging van de verplichte zorg (artikel 8:20) en de periodieke evaluatie van de verplichte zorg (artikel 8:21), de inschakeling van derden bij de uitvoering van de verplichte zorg (artikel 8:8), de tijdelijke verplichte zorg in crisissituaties (artikelen 8:9 tot en met 8:11) en het ontnemen van gevaarlijke voorwerpen (artikel 8:12).

Betrokkene zal de klacht niet alleen kunnen indienen om een oordeel te krijgen over een beslissing die de zorgverantwoordelijke of de geneesheer-directeur heeft genomen, maar ook om de gevolgen van die beslissing ongedaan te maken. Het kan zijn dat de beslissing waarover wordt geklaagd, niet langer van kracht is. Het kan echter ook zijn dat de beslissing nog steeds gelding heeft. Het tweede lid voorziet daarom in de mogelijkheid dat de klachtencommissie de beslissing waartegen de klacht zich richt, kan schorsen. Wij gaan er vanuit dat spaarzaam gebruik wordt

gemaakt van deze bevoegdheid. Een schorsing betekent immers een onderbreking van de behandeling. Uit oogpunt van continuïteit van zorg moet niet lichtvaardig worden besloten tot een schorsingsbeslissing.

Voor betrokkene kan het gelet op zijn geestelijke gezondheid een zware opgave zijn om zijn klacht te formuleren en de procedure te volgen. Daarom is voor de patiëntenvertrouwenspersoon een belangrijke rol weggelegd bij de ondersteuning van betrokkene bij het opstellen van de klacht en gedurende de klachtprocedure. Het derde lid bepaalt dat betrokkene een patiëntenvertrouwenspersoon kan verzoeken om advies en bijstand. Hiermee wordt de huidige praktijk onder de Wet bopz voortgezet. Het blijkt dat de inbreng van de patiëntenvertrouwenspersoon van grote waarde is bij de klachtprocedure en ook vaak leidt tot een dusdanig bevredigende uitkomst dat afgezien wordt van een klachtprocedure.

De termijn waarbinnen de klacht moet worden behandeld is in lijn met de huidige regeling bepaald op maximaal twee weken. Binnen twee weken na ontvangst van de klacht moet de klachtencommissie een schriftelijke en gemotiveerde uitspraak doen (vierde lid). Indien de klacht is gericht tegen een beslissing die inmiddels geen gevolg meer heeft, dient de klachtencommissie binnen vier weken uitspraak te doen.

De uitspraak van de klachtencommissie moet worden meegedeeld aan betrokkene, de vertegenwoordiger, de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke, de zorgaanbieder en de IGZ.

Artikel 10:4

De beslissingen die de klachtencommissie kan nemen zijn limitatief opgesomd in het eerste lid. Indien de klachtencommissie de klacht gegrond verklaart, kan de beslissing waartegen de klacht zich richt geheel of gedeeltelijk worden vernietigd. Door deze vernietiging van de beslissing, verliest het vernietigde gedeelte ook zijn rechtsgevolgen (derde lid). Niet in alle gevallen zal het voldoende zijn om alleen de beslissing te vernietigen om recht te doen aan de klacht van betrokkene. De klachtencommissie beschikt over de bevoegdheid om de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke die de bestreden beslissing heeft genomen, een opdracht te geven om een nieuwe beslissing te laten nemen of een andere handeling te verrichten (vierde lid). De klachtencommissie kan hierbij een termijn stellen (vijfde lid).

Zoals in de algemene toelichting op hoofdstuk 10 al is verwoord, is het niet de bedoeling dat de klachtprocedure wordt gebruikt om de inhoud van de zorgmachtiging te toetsen. Naar aanleiding van het advies van de NVvR is het tweede lid toegevoegd dat nadrukkelijk bepaalt dat de klachtencommissie zich niet-ontvankelijk verklaart als de klacht zich richt tegen de inhoud van de zorgmachtiging of de crisismaatregel als zodanig.

Het advies van de RvdR heeft geleid tot een herziening van de bepalingen met betrekking tot een vergoeding van schade voor een onjuiste toepassing van de verplichte zorg. Wij delen het uitgangspunt van de RvdR dat betrokkene een laagdrempelige mogelijkheid moet hebben om vergoeding van geleden schade te kunnen vorderen. Daartoe zijn niet alleen de artikelen 10:7 tot en met 10:9 herzien, maar is tevens een zesde lid aan artikel 10:4 toegevoegd. Het zesde lid bepaalt dat de klachtencommissie bevoegd is om een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding kan toekennen.

Artikel 10:5

Tegen de beslissing van de onafhankelijke klachtencommissie staat beroep open bij de rechter. Deze beroepsmogelijkheid staat niet alleen open voor degene die klacht heeft ingediend, maar ook voor degene die de bestreden beslissing heeft genomen. Dit is de belangrijkste wijziging ten opzichte van de nu geldende procedure op grond waarvan alleen de patiënt in beroep kan tegen een ongegrondverklaring van de klachtencommissie bij de rechter. De reden hiervoor is gelegen in het feit dat in het wetsvoorstel, anders dan in de Wet bopz, de voorbereiding en het nemen van beslissingen tot toepassing van dwang(behandeling) niet zijn belegd bij de individuele psychiater. Door de introductie van onafhankelijke actoren als de commissie en de klachtencommissie is het passend dat ook de behandelaar een beroepsmogelijkheid krijgt. Op advies van de RvdR is de redactie van het eerste lid herzien, dat nu bepaalt dat de klachtencommissie de beslissing ook moet meedelen aan degene op wie de klacht betrekking heeft.

In de klachtprocedure bij de rechtbank zal betrokkene zich moeten laten bijstaan door een advocaat. Het derde lid bepaalt dat de rechter de raad voor de rechtsbijstand een last tot toevoeging van een advocaat aan betrokkene, dient te geven. Door deze gratis toevoeging hoeft betrokkene vanwege mogelijke kosten die hij niet kan opbrengen, niet af te zien van beroep bij de rechtbank.

Voordat de rechter uitspraak doet, dient hij betrokkene en zijn vertegenwoordiger en de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke in de gelegenheid stellen om te worden gehoord. De formulering van het vierde lid is conform het advies van de RvdR aangepast. De rechter kan zonedig de patiëntcontactpersoon horen (vierde lid). De rechter doet binnen een termijn van vier weken na indiening van het beroep uitspraak (vijfde lid).

Artikel 10:6

De beslissingen die de rechter in hoger beroep kan nemen, zijn analoog aan die van de klachtencommissie op grond van artikel 10:4. Zie de toelichting op artikel 10:4.

In vergelijking met de klachtencommissie beschikt de rechter over een aanvullend instrumentarium. Allereerst beschikt de rechter over de mogelijkheid om de naleving van zijn beslissing af te dwingen door het opleggen van een dwangsom, indien niet of zolang niet wordt voldaan aan zijn beslissing. Daarnaast kan de rechter zelf in de zaak voorzien. Naar aanleiding van het advies van de NVvR scheidt het derde lid nu duidelijkheid over de bestuurlijke lus. De rechter kan bepalen dat zijn uitspraak in de plaats treedt van het vernietigde besluit of het vernietigde gedeelte daarvan.

Artikel 10:7 tot en met 10:9

De RvdR vraagt in haar advies uitvoerig de aandacht voor de bepalingen inzake schadevergoeding en de door de RvdR aangedragen argumenten hebben aanleiding gegeven om de artikelen 10:7 tot en met 10:9 grondig te herzien. Conform de suggesties daartoe van de RvdR is het indienen van een verzoek tot schadevergoeding niet langer beperkt tot die gevallen waarbij sprake is van een onrechtmatige beslissing. Daarnaast is, zoals voorgesteld door de RvdR, de terminologie geüniformeerd. In de artikelen 10:7 tot en met 10:9 wordt de formulering «de wet niet in acht is genomen» nu gebruikt als grond voor een schadevergoeding en spreken de artikelen van een «naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding».

De artikelen 10:7 tot en met 10:9 bieden betrokkene een drietal grondslagen om een verzoek tot schadevergoeding in te dienen. Allereerst kan de indiener van een klacht bij de klachtencommissie tevens een verzoek doen om vergoeding van geleden schade. In de tweede plaats kan er bij gelegenheid van het beroep bij de rechtbank in de klachtprocedure, een verzoek worden gedaan voor een schadevergoeding. Indien de rechter de schadevergoeding toewijst, komt deze ten laste van de zorgaanbieder onder wiens verantwoordelijkheid de beslissing waartegen de klacht zich richt, is genomen.

Ten derde kan betrokkene een zelfstandig verzoek tot schadevergoeding indienen. Dit kan op grond van een onrechtmatige afgegeven crisismaatregel of onrechtmatige verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel (artikel 10:9, eerste lid). De mogelijkheid om schadevergoeding te vorderen bij onrechtmatige verplichte zorg voorafgaand aan de crisismaatregel (artikel 7:4) is op advies van de RvdR toegevoegd. De schadevergoeding komt ten laste van de functionaris die de crisismaatregel heeft genomen of degene die verantwoordelijk is voor de verplichte zorg voorafgaand aan de crisismaatregel. Daarnaast kan een zelfstandig verzoek tot schadevergoeding worden gedaan indien betrokkene nadeel heeft ondervonden doordat de rechter of de commissie in strijd met de voor hen geldende bepalingen hebben gehandeld (10:9, tweede lid). Hierbij kan gedacht worden aan de situatie waarin de commissie of de rechter betrokkene niet in de gelegenheid heeft gesteld om te worden gehoord of een zorgmachtiging is afgegeven zonder dat daar een deugdelijke en recente medische verklaring aan ten grondslag ligt. De schadevergoeding komt in deze gevallen ten laste van de Staat.

In de adviezen van de NVvR, de RvdR en de Stichting Pandora is gevraagd om duidelijkheid te verschaffen ten aanzien van het griffierecht in de klachtprocedure. Gelet op het pleidooi van de Stichting Pandora bepaalt artikel 2:4, vierde lid, dat geen griffierecht verschuldigd is bij procedures op grond van deze wet.

HOOFDSTUK 11 De patiëntenvertrouwenspersoon

Met de patiëntenvertrouwenspersoon wordt bedoeld op de functionaris die in de Wet bopz wordt aangeduid als patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) (artikel 1, eerste lid, onder m, van de Wet bopz). Omdat er allereerst grote waardering is voor het werk van de patiëntenvertrouwenspersoon willen wij zijn positie in dit wetsvoorstel behouden en versterken. De evaluatiecommissie constateert in het rapport «Voortschrijdende inzichten...» dat de patiëntenvertrouwenspersoon een wezenlijke bijdrage levert aan de bescherming van de rechten van de patiënt. Door de laagdrempelige aanpak worden de problemen op de werkvloer opgelost en juridische procedures voorkomen. Zo worden juist door de inbreng van de patiëntenvertrouwenspersoon vaak klachten op een informele wijze opgelost en hoeft de stap naar de klachtencommissie niet te worden gezet. De inzet van de patiëntenvertrouwenspersoon blijkt in veel gevallen effectief om de vastgelopen communicatie tussen betrokkene en de hulpverleners weer vlot te trekken.

De voorgestelde regeling maakt het mogelijk dat de patiëntenvertrouwenspersoon ook zelf het initiatief kan nemen om contact te leggen met personen die op grond van een zorgmachtiging of een crisismaatregel verplichte zorg wordt verleend. Gelet op de kwetsbare geestelijke gezondheid en de verwarde toestand waarin betrokkene kan verkeren, is het van belang dat de patiëntenvertrouwenspersoon de meest kwetsbare patiënten ook zelf kan benaderen om ze te wijzen op de mogelijkheden voor bijstand en advies. Binnen de instelling weten de patiënten en de

patiëntenvertrouwenspersoon elkaar over het algemeen goed te vinden. De evaluatiecommissie heeft daarentegen geconstateerd dat dit anders ligt bij personen met een voorwaardelijke machtiging. Omgekeerd is het voor de patiëntenvertrouwenspersonen ook lastig om zicht te krijgen op de patiënten met een machtiging die niet binnen een instelling verblijven. Om dit probleem het hoofd te bieden voorziet het wetsvoorstel in een verstrekkinggrondslag voor de persoonsgegevens van personen voor wie een verzoek bij de commissie is ingediend aan de patiëntenvertrouwenspersoon (artikel 5:5, derde lid). De gegevens kunnen niet worden verstrekt als betrokkene daar bezwaar tegen heeft (artikel 5:5, vierde lid). Daarnaast wordt de bekendheid van de patiëntenvertrouwenspersoon bij betrokkene bevorderd door bij de rechterlijke beslissing te vermelden dat betrokkene recht heeft op bijstand en advies van een patiëntenvertrouwenspersoon (artikel 6:3, derde lid, onderdeel h).

Naar aanleiding van de opmerkingen van GGZ Nederland, het Platform GGZ en de Stichting PVP met betrekking tot het persoonsgerichte toezicht is in hoofdstuk 14 een bepaling opgenomen waarbij verschillende actoren een rol krijgen toebedeeld bij het signaleren van tekortkomingen bij de toepassing van verplichte zorg. Artikel 14:2 bepaalt dat de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke, de commissie en de patiëntenvertrouwenspersoon tekortkomingen aan de inspectie moeten of kunnen melden. De Stichting PVP acht het goed denkbaar dat de patiëntenvertrouwenspersoon een signaleringsfunctie vervult, zij het dat deze taak geen afbreuk mag doen aan de primaire taak van de patiëntenvertrouwenspersoon. Het Platform GGZ pleit voor een signaleringsfunctie voor de patiëntenvertrouwenspersoon. Stichting Pandora is in haar advies terughoudendheid ten aanzien van een signaleringsfunctie voor de patiëntenvertrouwenspersoon. Gelet op de adviezen is er voor gekozen om de patiëntenvertrouwenspersoon niet te verplichten om signalen over een onjuiste uitvoering van de verplichte zorg te melden aan de inspectie. Aangezien de signaleringsfunctie niet ten koste mag gaan van de primaire taak van de patiëntenvertrouwenspersoon, bevat artikel 14:2, derde lid, kan de patiëntenvertrouwenspersoon zelf een afweging maken of hij misstanden al dan niet wil melden aan de inspectie. In de taken van de patiëntenvertrouwenspersoon is deze nieuwe taak van de patiëntenvertrouwenspersoon ook tot uitdrukking gebracht (artikel 11;1, tweede lid).

Artikel 11:1

De patiëntenvertrouwenspersoon is degene die tot taak heeft om advies en bijstand te verlenen aan personen voor wie de commissie een verzoek voor een zorgmachtiging of een crisismaatregel in behandeling neemt, of voor wie een zorgmachtiging of crisismaatregel is afgegeven (eerste lid). Ook heeft de patiëntenvertrouwenspersoon tot taak om advies en bijstand te verlenen aan vrijwillig opgenomen patiënten (tweede lid, onderdeel b). Daarnaast vervult de patiëntenvertrouwenspersoon een signaleringsfunctie richting de inspectie over tekortschietende zorg (tweede lid, onderdeel a). Deze signaleringsfunctie is nader uitgewerkt in artikel 14:2, derde lid. De patiëntenvertrouwenspersoon moet in volgestrekte onafhankelijkheid van de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke opereren (derde lid). Hij fungeert als het ware als de spreekbuis van betrokkene en is in die zin partijdig dat hij te allen tijde de belangen van betrokkene vanuit diens perspectief dient te behartigen. De patiëntenvertrouwenspersoon moet daarbij scherp worden onderscheiden van de wettelijke vertegenwoordiger, omdat deze ook de belangen van betrokkene behartigt, maar dan vanuit zijn eigen gezichtspunt. De wettelijke vertegenwoordiger is in die zin niet gelijk te stellen met de patiëntenvertrouwenspersoon. Evenmin kan de patiëntenvertrouwens-

persoon gekwalificeerd worden als een bemiddelaar, omdat hij uitsluitend het patiëntenbelang dient.

De onafhankelijke positie is expliciet tot uitdrukking gebracht in het derde lid dat bepaalt dat de patiëntenvertrouwenspersoon zijn werkzaamheden verricht onafhankelijk van de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke.

Artikel 11:2

Voor een goede uitoefening van zijn werkzaamheden is het van belang dat de patiëntenvertrouwenspersoon vrije toegang heeft tot betrokkene. Gelet op de onafhankelijke rol die de patiëntenvertrouwenspersoon inneemt ten opzichte van de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke zou het niet passend zijn, als hij toestemming van hen zou behoeven om met betrokkene te kunnen spreken.

Artikel 11:3

Voor het functioneren van de patiëntenvertrouwenspersoon is het noodzakelijk dat hij ook toegang heeft tot de voor hem relevante informatie over betrokkene. Het eerste lid bepaalt dat de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke en alle overige personen die bij de uitvoering van de wet betrokken zijn, de patiëntenvertrouwenspersoon op zijn verzoek inlichtingen verschaffen. Daarnaast is een ieder verplicht om de patiëntenvertrouwenspersoon binnen een redelijke termijn medewerking te verlenen bij de uitoefening van zijn taak (tweede lid). Tenslotte heeft de patiëntenvertrouwenspersoon het recht om het dossier van betrokkene (derde lid) en de gegevens van de commissie in te zien (vierde lid). Naar aanleiding van het advies van het Cbp zijn de bepalingen zodanig aangepast, dat duidelijk blijkt dat de patiëntenvertrouwenspersoon alleen de gegevens ten aanzien van betrokkene mag verwerken, indien betrokkene daar geen bezwaar tegen kenbaar heeft gemaakt.

Artikelen 11:4 en 11:5

Voor een goede uitvoering van zijn taken is het voor degene die een beroep doet op een patiëntenvertrouwenspersoon van groot belang dat de informatie vertrouwelijk blijft. Daartoe is een geheimhoudingsplicht voor de patiëntenvertrouwenspersoon in artikel 11:4 opgenomen. Deze plicht is overigens niet absoluut. De patiëntenvertrouwenspersoon zal bij de uitvoering van zijn taken, zoals het bijstaan van betrokkene bij een hoorzitting van de commissie of in een klachtprocedure, uiteraard het standpunt van betrokkene mogen uitdragen. Wanneer betrokkene informatie als vertrouwelijk bestempelt, zal de patiëntenvertrouwenspersoon gelet op artikel 11:4 hier geen mededeling van mogen doen.

Indien de patiëntenvertrouwenspersoon moet optreden in een klachtprocedure of een rechterlijke procedure kan hij zich beroepen op zijn geheimhoudingsplicht voor hetgeen hem in vertrouwen is meegedeeld (artikel 11:5).

De geheimhoudingsplicht en het verschoningsrecht waarborgen de vertrouwelijkheid van de communicatie en informatie-uitwisseling tussen betrokkene en de patiëntenvertrouwenspersoon.

HOOFDSTUK 12 De familievertrouwenspersoon

De familievertrouwenspersoon is, net als de patiëntenvertrouwenspersoon, een vertrouwenspersoon. De familievertrouwenspersoon staat familieleden en naaste betrokkenen van de patiënt bij. Belangenbehartiging van de patiënt is wezenlijk anders dan belangenbehartiging van familieleden en naasten. Het kan voorkomen dat de belangen van de familie niet stroken met het belang van de patiënt. Bijvoorbeeld in een situatie waarin de familie blij is dat de patiënt uiteindelijk verplichte zorg krijgt aangeboden, terwijl de patiënt zich juist hevig hiertegen verzet. Om deze reden is een speciale figuur voor de belangenbehartiging van familie en naasten van de patiënt in de wet geïntroduceerd: de familievertrouwenspersoon.

Op dit moment zijn in een aantal ggz-instellingen (dus nog niet in alle ggz-instellingen) familievertrouwenspersonen werkzaam. Zij staan familieleden en andere naasten van de patiënt bij met advies en zij geven hen op hun verzoek gerichte informatie over de behandeling van betrokkene. Op grond van een motie van het lid Joldersma c.s. (Tweede Kamer, Vergaderjaar 2006–2007, 30 492, nr. 23) is de regering verzocht te bevorderen dat in iedere ggz-instelling een familievertrouwenspersoon beschikbaar is. Bij brief van 9 februari 2009 (Tweede Kamer, Vergaderjaar 2008–2009, 30 492, nr. 32) en bij brief van 10 september 2009 (Tweede Kamer, Vergaderjaar 2008–2009, 30 492, nr. 35) is de Tweede Kamer bericht dat er nog geen financiële middelen beschikbaar zijn om tot introductie van de familievertrouwenspersoon in alle ggz-instellingen over te gaan.

Gezien de huidige praktijk in de geestelijke gezondheidszorg waarbij de familievertrouwenspersoon inmiddels een bekende vertrouwenspersoon is en gelet op de intentie om de motie van het lid Joldersma uit te voeren, is in de wet een apart hoofdstuk opgenomen over de familievertrouwenspersoon, vooruitlopend op de introductie van de familievertrouwenspersoon in alle ggz-instellingen.

Artikel 12:1

De familievertrouwenspersoon heeft een taak tot het geven van advies en het verlenen van bijstand aan familieleden en naasten van alle opgenomen personen. Dit houdt in dat de hulp van een familievertrouwenspersoon zowel bij vrijwillig opgenomen personen, als bij personen voor wie een zorgmachtiging of een crisismaatregel is aangevraagd, kan worden ingeroepen.

Met het oog op een goede belangenbehartiging van familieleden van betrokkene, is het noodzakelijk dat de familievertrouwenspersoon onafhankelijk is van de instelling waarvoor hij werkt. Immers, voor familieleden en naasten moet duidelijk zijn dat de familievertrouwenspersoon optreedt onafhankelijk van de instelling. In de praktijk worden familievertrouwenspersonen vaak uit de middelen van de instelling waarvoor zij werken betaald. Ook zijn er familievertrouwenspersonen die in dienst zijn van de instelling. Niettemin opereren familievertrouwenspersonen in de praktijk als onafhankelijke belangenbehartigers van de familie van de patiënt, ook al is van financiële onafhankelijkheid nog geen sprake. Op het moment dat er voldoende financiële middelen beschikbaar komen voor de bekostiging van familievertrouwenspersonen in alle ggz-instellingen zal eerst geheel uitvoering kunnen worden gegeven aan deze onafhankelijkheidseis. De familievertrouwenspersonen zullen in dienst moeten treden van een door de familievertrouwenspersonen op te richten stichting, die door de Minister van VWS gefinancierd zal gaan worden. Daarmee zal ook de financiële onafhankelijkheid van familievertrouwenspersonen van de ggz-instelling worden gerealiseerd.

Anders dan bij de patiëntenvertrouwenspersoon heeft de familievertrouwenspersoon geen taak om signalen over de uitvoering van verplichte zorg die ernstig tekortschiet aan de inspectie te melden. Deze taak is reeds toebedeeld aan de patiëntenvertrouwenspersoon. De rol die de familievertrouwenspersoon heeft, namelijk het adviseren en bijstand geven aan de familieleden, is minder geschikt om signalen over tekortschietende zorg aan de inspectie te melden.

Artikel 12:2

Een soortgelijk artikel is opgenomen in het hoofdstuk over de patiëntenvertrouwenspersoon (artikel 11:2). Voor een goede uitoefening van zijn werkzaamheden is het van belang dat de familievertrouwenspersoon vrije toegang heeft tot betrokkene. Ook wordt de familievertrouwenspersoon in de gelegenheid gesteld door de zorgaanbieder om betrokkene te spreken. Dat kan op verzoek van betrokkene of op verzoek van een ander.

Artikel 12:3

Voor de toelichting op dit artikel wordt verwezen naar de toelichting op artikel 11:3 van de patiëntenvertrouwenspersoon. Daarin is toegelicht waarom het noodzakelijk is dat de patiëntenvertrouwenspersoon toegang heeft tot alle voor hem relevante informatie. Hetzelfde geldt voor de familievertrouwenspersoon.

Artikel 12:4 en 12:5

Net als bij de patiëntenvertrouwenspersoon is het voor de familievertrouwenspersoon voor een goede uitvoering van zijn taken van groot belang dat de verstrekte informatie vertrouwelijk blijft. Anders dan bij de patiëntenvertrouwenspersoon, kan er bij de familievertrouwenspersoon sprake zijn van meerdere en eventueel strijdige belangen, nu niet alleen de patiënt en de instelling, maar ook de familie en naasten in het proces betrokken zijn. Daarom is eveneens voor de familievertrouwenspersoon een geheimhoudingsplicht opgenomen. Deze plicht is niet absoluut. De familievertrouwenspersoon zal bij de uitvoering van zijn taken, zoals het bijstaan van familieleden en naasten van de patiënt, bij een hoorzitting van de commissie of in een klachtenprocedure, uiteraard het standpunt van de familieleden mogen uitdragen. Wanneer de familieleden of naasten informatie als vertrouwelijk bestempelen, zal de familievertrouwenspersoon gelet op artikel 12:4 hierover geen mededelingen mogen doen. Indien de familievertrouwenspersoon moet optreden in een klachtenprocedure of een rechterlijke procedure kan hij zich beroepen op zijn geheimhoudingsplicht van hetgeen hem in vertrouwen is medegedeeld.

Net als bij de patiëntenvertrouwenspersoon waarborgt de geheimhoudingsplicht en het verschoningsrecht de vertrouwelijkheid van de communicatie en informatieuitwisseling tussen familieleden en naasten en de familievertrouwenspersoon.

HOOFDSTUK 13 Advocaat

De evaluatiecommissie heeft in het eindrapport geen aandacht besteed aan de advocaat als actor in de Wet bopz en ook geen aanbevelingen gedaan ten aanzien van de rol van de advocaat in de nieuwe regeling. Uit het achterwege laten van concrete aanbevelingen zou kunnen worden afgeleid dat de advocaat naar tevredenheid lijkt te functioneren. In de voorgestelde regeling zal de positie van de advocaat dan ook niet wezenlijk wijzigen. Wel roept de introductie van de commissie de vraag op, vanaf welk moment de advocaat een rol moet gaan spelen bij de

vertegenwoordiging van betrokkene. Aangezien het advies van de commissie een prominente rol zal gaan spelen bij de afgifte van een zorgmachtiging door de rechter, achten wij het van belang dat de advocaat ook al in beeld kan zijn bij de voorbereiding van het advies. De commissie heeft tot taak om bij de voorbereiding van het advies betrokkene te horen en zijn zienswijze en beleving van de noodzaak tot zorg helder in beeld te krijgen. Betrokkene zal als gevolg van zijn psychische stoornis niet in alle gevallen in staat zijn om op adequate wijze voor zijn eigen belangen op te komen. Daarom is het van belang er ook bijstand kan worden verleend door een advocaat, die als geen ander de juridische belangen van betrokkene kan verdedigen en voor het voetlicht kan brengen bij de commissie en bij de rechter. De advocaat zal daartoe de gelegenheid moeten krijgen zijn standpunt mondeling of schriftelijk aan de commissie en de rechter duidelijk te kunnen maken (artikelen 5:13, eerste lid en 6:1, eerste lid).

Wij achten het wenselijk dat al wordt voorzien in bijstand door een advocaat in de fase dat een verzoek is ingediend bij de commissie (artikel 5:5, tweede lid). De advocaat moet zowel schriftelijk als mondeling bij het horen door de commissie de patiënt kunnen bijstaan en zijn zienswijze naar voren kunnen brengen. De functionaris die is belast met de afgifte van de crisismaatregel zal er zorg voor moeten dragen dat betrokkene binnen 24 uur over een advocaat beschikt (artikel 7:6, zesde lid). Zowel bij een aanvraag voor een zorgmachtiging als een crisismaatregel zal een (piket)advocaat moeten worden ingeschakeld om de betrokkene bij te staan (artikel 13:6). Bij de crisismaatregel zal dat binnen een termijn van 24 uur dienen te geschieden (artikel 7:6, zesde lid).

Hoofdstuk 12 bevat een aantal bepalingen over de advocaat. Anders dan in de Wet bopz is er met het oog op de toegankelijkheid van de nieuwe regeling, niet voor gekozen om bepalingen uit het Wetboek van Strafvordering over de advocaat van overeenkomstige toepassing te verklaren. Alle noodzakelijke bepalingen over de advocaat zijn in hoofdstuk 12 als zelfstandige artikelen opgenomen. Het betreft de vrije toegang van de advocaat tot betrokkene (artikel 13:2), het recht om inlichtingen of inzage te vorderen van gegevens (artikel 13:3, eerste lid), de verplichting voor een ieder om de advocaat medewerking te verlenen (artikel 13:3, tweede lid), de geheimhoudingsplicht (artikel 13:4) en het verschoningsrecht (artikel 13:5) van de advocaat en de piketregeling voor de toevoeging van advocaten (artikel 13:6).

De meeste bepalingen dit hoofdstuk komen overeen met die in het hoofdstuk over de patiëntenvertrouwenspersoon. De artikelsgewijze toelichting op hoofdstuk 11 is van overeenkomstige toepassing op de advocaat.

HOOFDSTUK 14 Handhaving en toezicht

Dit hoofdstuk regelt het toezicht op de naleving van het wetsvoorstel door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de bestuurlijke en strafrechtelijke handhaving van de wettelijke bepalingen. Hierbij is aansluiting gezocht bij het wettelijk kader zoals dat is opgenomen in de Algemene wet bestuursrecht (artikel 14:1) en het wetsvoorstel Uitbreiding van de bestuurlijke handhavingsinstrumenten in de wetgeving op het gebied van de volksgezondheid (Kamerstukken I, 2008/09, 31 122). Dat wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid van een bestuurlijke boete en een last onder dwangsom (artikel 14:5). Voorts zijn enkele strafbepalingen opgenomen in verband met de zwaarte van de normatieve lading van de desbetreffende voorschriften (artikel 14:6 tot en met 14:10). Bij de keuze voor de wijze van handhaving is de kabinetsnota over de uitgangspunten

bij de keuze voor een sanctiestelsel leidend (Kamerstukken II 2008/2009, 31700 VI, nr. 69). Overeenkomstig deze nota is binnen een besloten context bestuurlijke handhaving passend. Van een besloten context is sprake als er specifieke rechtsbetrekkingen bestaan, zoals vergunning-, melding of registratieplichten, tussen een bestuursorgaan dat belast is met de uitvoering van en het toezicht op de wet en de doelgroep van burgers en instellingen op welke de wet betrekking heeft. Dat is in het wetsvoorstel het geval. Wanneer evenwel de overtreding een aanzienlijke inbreuk maakt op de belangen van burgers of een forse bedreiging vormt voor het integer functioneren van de sector is strafrechtelijke handhaving aangewezen.

Artikel 14:1

Bij de toezichthoudende functie van de IGZ is aangesloten bij de regeling van het toezicht, zoals dit in hoofdstuk 5 van de Awb vorm heeft gekregen. Om de IGZ in staat te stellen haar toezichthoudende taak uit te oefenen, worden aan haar, overigens in lijn met de bevoegdheden in de huidige Wet bopz, de daarmee samenhangende bevoegdheden in de Awb toegekend (tweede lid). Omdat het ook nodig kan zijn dat patiënten in hun woonruimte, voor zover onderdeel van een accommodatie worden bezocht, is afzonderlijk bepaald dat de IGZ ook een woning zonder toestemming van de bewoner kan binnentreden. In het derde tot en met het vijfde lid zijn bepalingen opgenomen die het mogelijk maken om het recht op een persoonlijke levenssfeer te beperken, maar alleen als dit voor het uitoefenen van adequaat toezicht nodig is. Het gaat daarbij om het verstrekken van inlichtingen door de uitvoerders van het wetsvoorstel (derde lid), het geven van inzage in dossiers door de zorgaanbieder en gegevens door de commissie (vierde en vijfde lid). Ten slotte is in het zevende lid bepaald dat de zorgaanbieder het de IGZ mogelijk moet maken om met betrokkene te spreken.

Artikel 14:2

De inspectie oefent gericht toezicht uit door middel van risicogestuurd toezicht en door opvolging van meldingen van tekortschietende verplichte zorg. Daarvoor is het van belang dat de inspectie zicht heeft op situaties waar de verplichte zorg structureel of in een individueel geval niet voldoet aan de geldende kwaliteitsnormen. In de adviezen van GGZ Nederland, het Platform GGZ en de Stichting PVP is het belang van persoonsgericht toezicht nadrukkelijk onderstreept en gepleit voor een nadere invulling van het persoonsgerichte toezicht door de inspectie. Het Platform GGZ doet onder andere de suggestie om een onafhankelijk meldpunt in het leven te roepen voor klachten over ondermaatse verplichte zorg. Aangezien het van belang is dat de inspectie snel en adequaat kan reageren op meldingen van eventuele misstanden, achten wij het niet wenselijk om een nieuw loket voor klachten in het leven te roepen. Er bestaat ook geen noodzaak voor een dergelijk loket, nu de mogelijkheid al bestaat om misstanden in de zorg te melden bij de inspectie. Wel is het van belang dat de verschillende actoren die bij de uitvoering van de wet betrokken zijn, ook daadwerkelijk de tekortschietende zorg waarvan zij op de hoogte zijn, aan de inspectie melden. Daartoe is artikel 14:2 aan het wetsvoorstel toegevoegd, dat een verplichting oplegt aan de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke, de zorgverlener en de commissie om tekortkomingen in de toepassing van de verplichte zorg aan de inspectie te melden (eerste en tweede lid). Het eerste lid bevat een meldingsplicht voor de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke en alle zorgverleners, als bij hen het gegronde vermoeden bestaat dat de uitvoering van de verplichte zorg ernstig tekortschiet. De clausulering voorkomt dat iedere kleine tekort-

koming aan de inspectie moet worden gemeld. Bij de afweging of de gesignaleerde tekortkomingen moeten worden gemeld, is uiteraard ook van belang of de verantwoordelijke de tekortkoming inmiddels heeft onderkend en de nodige maatregelen heeft genomen om deze in de toekomst te voorkomen.

Voor de commissie geldt ook een meldingsplicht. Als de commissie de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke heeft aangesproken op tekortschietende verplichte zorg en deze niet, onvoldoende of niet tijdig reageert op deze klachten, zal de commissie hier melding van moeten doen aan de inspectie (tweede lid). Het doel van deze bepaling is tweeledig. Enerzijds zal dit er toe moeten leiden dat degene die de commissie aanspreekt, wel tijdig en op afdoende wijze reageert op klachten. Anderzijds krijgt de inspectie de noodzakelijke informatie om gericht en individueel toezicht te houden.

Voor de patiëntenvertrouwenspersoon geldt geen meldingsplicht, maar een signaleringsfunctie (derde lid). In de toelichting op het hoofdstuk over de patiëntenvertrouwenspersoon, is al toegelicht waarom een meldingsplicht voor de patiëntenvertrouwenspersoon niet wenselijk wordt geacht. Als de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke niet, niet tijdig of onvoldoende reageert op klachten van de patiëntenvertrouwenspersoon over de uitvoering van de verplichte zorg kan de patiëntenvertrouwenspersoon hier melding van maken aan de inspectie. Gelet op mogelijke strijdigheid met zijn primaire taken zal de patiëntenvertrouwenspersoon per geval moet beoordelen of hij al dan niet tot melding aan de inspectie besluit.

Artikel 14:3

Het kan voorkomen dat een persoon met een zorgmachtiging of een crisismaatregel wegloopt of na een periode van een (voorwaardelijke) tijdelijke onderbreking niet meer terugkeert naar de accommodatie van de zorgaanbieder. Ook zijn er situaties denkbaar waarin iemand zich in strijd met de zorgmachtiging die gericht is op vormen van ambulante zorg, stelselmatig niet meldt voor een consult op de polikliniek. Het eerste lid verplicht de geneesheer-directeur ertoe om dit aan de commissie te melden. Aangezien de commissie verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging en de crisismaatregel is het noodzakelijk dat zij op de hoogte is van onttrekking aan de tenuitvoerlegging en zonodig maatregelen kan nemen om de tenuitvoerlegging weer te hervatten. Als betrokkene onvindbaar is of weigert terug te keren naar de accommodatie waarin hij op grond van een zorgmachtiging of een crisismaatregel is opgenomen, moet de geneesheer-directeur aangifte doen van vermissing bij de politie (tweede lid).

Artikel 8:1 bepaalt dat de commissie is belast met de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging. Als de betrokkene wegloopt uit de accommodatie waarin hij is opgenomen of niet terugkeert van een tijdelijke onderbreking, rust op de commissie de taak om de tenuitvoerlegging weer voor te zetten. De commissie kan gelet op artikel 8:1, derde lid, zonodig de politie inschakelen om betrokkene op te sporen en terug te laten brengen naar de accommodatie. Het College P-G's gaat er in haar advies terecht van uit dat voor veruit de meeste gevallen van onttrekking aan de verplichte zorg de bevoegdheid van de politie op basis van artikel 2 Politiewet toereikend zal zijn. De politie heeft geen speciale bevoegdheden nodig en kan volstaan met uitkijken naar de betrokken persoon en als hij ergens wordt aangetroffen, kan hij worden meegenomen en teruggebracht naar de accommodatie.

In reactie op het pleidooi van het College P-G's zijn in artikel 14:4 bijzondere bevoegdheden opgenomen, om betrokkene die zich heeft onttrokken aan de tenuitvoerlegging snel op te kunnen sporen. Deze bijzondere bevoegdheden kunnen alleen worden ingezet indien het ernstige vermoeden bestaat dat betrokkene in levensgevaar verkeert of een ernstig delict zal plegen.

Naar aanleiding van het advies van de Raad van State is de tekst van de artikelen 14:3 en 14:4 met elkaar in overeenstemming gebracht. Op advies van de Raad van Staat brengt de wettekst nu beter tot uitdrukking dat de bijzondere bevoegdheden om betrokkene op te sporen, alleen mogen worden ingezet als betrokkene zelf in levensgevaar verkeert of de vrees bestaat dat betrokkene een ernstig misdrijf zal plegen met een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander. Het advies van de Raad van State om de misdrijven te beperken tot gewelds- of zedenmisdrijven is niet overgenomen, omdat daarmee bijvoorbeeld ook delicten als brandstichting zouden worden uitgesloten. De delicten waarbij bijzondere bevoegdheden kunnen worden ingezet, worden nu afdoende geclausuleerd door het criterium dat sprake moet zijn van een ernstig misdrijf dat leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor betrokkene zelf of een ander.

De geneesheer-directeur moet ingevolge het derde lid aan de commissie melden, als betrokkene weer terecht is en zich niet langer onttrekt aan de verplichte zorg.

Artikel 14:4

Het College van procureurs-generaal geeft in haar advies twee voorbeelden uit de praktijk waarbij het noodzakelijk is dat de persoon die zich heeft onttrokken aan de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging, op de kortst mogelijke termijn wordt opgespoord en naar de instelling wordt teruggebracht. Echter, door het ontbreken van adequate opsporingsbevoegdheden zijn deze personen nog maanden op vrije voeten gebleven. Indien het mogelijk was geweest om een telefoon af te tappen of aan de hand van de telefoongegevens de plaats te bepalen waar betrokkene zich bevond, zou deze binnen een dag of hooguit enkele dagen zijn opgespoord. Gelet op de argumenten die het College van P-G's in haar advies aanvoert, zijn in artikel 14:4 bijzondere bevoegdheden opgenomen om personen die zich onttrekken aan de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging of crisismaatregel op een snelle en effectieve wijze op te kunnen sporen. Deze bijzondere bevoegdheden raken aan de privacy van betrokkene en zijn omgeving en zijn daarom geclausuleerd en met zware waarborgen omgeven.

De bijzondere bevoegdheden zijn beperkt tot die gevallen waarin het ernstige vermoeden bestaat dat betrokkene in levensgevaar verkeert of een ernstig delict zal plegen. Voor de definitie van ernstige delicten is aansluiting gezocht bij artikel 67, eerste lid, van het Wetboek van Strafvordering, dat een omschrijving bevat van de misdrijven waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. De geneesheer-directeur zal bij de melding van de onttrekking aan de commissie en bij de aangifte bij de politie, een inschatting van deze risico's moeten geven. Op basis van deze goed onderbouwde inschatting van de risico's door de geneesheer-directeur, zullen de commissie en de politie, zonodig de inzet van bijzondere bevoegdheden moeten overwegen.

Naast deze clausulering bevat artikel 14:4 verschillende procedurele waarborgen die proportioneel gebruik van deze bijzondere bevoegdheden bewerkstelligen. Een opsporingsambtenaar kan niet zelfstandig beslissen

tot het gebruik van deze bevoegdheden, maar mag dit alleen op bevel van de officier van justitie. Gelet op de zware beperkingen die de bijzondere bevoegdheden mogelijk maken op de grondrechten van betrokkene en zijn omgeving, is het noodzakelijk dat deze aan een rechterlijke toets worden onderworpen. De officier van justitie kan het bevel tot de inzet van bijzondere bevoegdheden daarom pas geven, nadat hij daartoe gemachtigd is door de rechter-commissaris. Gelet op de noodzaak om snel te kunnen handelen, is hier gekozen voor toetsing door de rechter-commissaris. De proportionaliteit van de bijzondere bevoegdheden wordt daarnaast gewaarborgd, door de beperkte duur van deze bevoegdheden. Het bevel kan worden verleend voor ten hoogste zeven dagen, maar kan zonodig wel voor een gelijke periode worden verlengd.

In afwijking van het advies van het College is er niet voor gekozen om door middel van een schakelbepaling, artikel 565, tweede lid, van het Wetboek van Strafvordering van overeenkomstige toepassing te verklaren. Aangezien deze wet niet primair ziet op personen met een justitiële titel of personen die worden verdacht van een misdrijf en ook omwille van juridisch-technische bezwaren, is afgezien van een verwijzing naar het Wetboek van Strafvordering. In plaats daarvan zijn de bijzondere bevoegdheden en de bijbehorende procedurele waarborgen opgenomen in artikel 14:4.

Het advies van de Raad van State heeft aanleiding gegeven om de doorzoeking van alle plaatsen mogelijk te maken. Hiertoe is het onderdeel b, van het eerste lid, van het oorspronkelijke voorstel komen te vervallen en is het vijftiende lid toegevoegd.

Eerste lid

De bijzondere bevoegdheden die ten behoeve van de opsporing van betrokkene die zich aan de tenuitvoerlegging van een zorgmachtiging in een accommodatie heeft onttrokken, zijn limitatief in het eerste lid opgesomd. Onderdeel a, maakt stelselmatige observatie van betrokkene of personen uit zijn directe omgeving mogelijk. De observatie kan plaats vinden door het volgen van de gangen van een persoon, maar ook door het gebruik van technische hulpmiddelen. Onderdeel b, staat toe dat een besloten plaats, zonder toestemming van de rechthebbende kan worden betreden. Het betreden van een woning zonder toestemming van de eigenaar is niet toegestaan.

Artikel 14:5

Artikel 14:5 sluit aan bij het wetsvoorstel Uitbreiding van de bestuurlijke handhavinginstrumenten in de wetgeving op het gebied van de volksgezondheid (Kamerstukken I, 2008/09, 31 122) door in dit wetsvoorstel ook te voorzien in de mogelijkheid van een bestuurlijke boete of last onder dwangsom. Deze instrumenten zijn met name geschikt voor handelingen in strijd met de bepalingen van dit wetsvoorstel die niet zo ernstig van aard zijn dat een strafrechtelijke of een tuchtrechtelijke vervolging aangewezen is. Het eerste lid bepaalt de gevallen waarin een bestuurlijke boete kan worden opgelegd, het tweede lid de situaties waarin een last onder dwangsom kan worden opgelegd.

Zoals in de toelichtende stukken op het bij de Eerste Kamer aanhangige wetsvoorstel 31 112 is vermeld, gaat het om de volgende criteria:

- de voorschriften hebben geen of een geringe normatieve lading;
- de overtreding ervan pleegt geen letsel aan personen of schade aan goederen toe te brengen;

- voor de handhaving ervan zijn geen vrijheidsbenemende of andere ingrijpende dwangbevoegdheden nodig.

Het gaat bij de hier bedoelde voorschriften meestal niet om ernstige inbreuken op de rechtsorde. Er is eerder sprake van omstandigheden waarin het risico op schade of letsel toeneemt of waarin het uitoefenen van toezicht door de IGZ wordt bemoeilijkt.

Bij de selectie van beboetbare voorschriften is voorts gekeken naar de criteria die hiervoor bij wetsvoorstel 31 112 zijn geformuleerd:

- verbetering van de kwaliteit van de zorg,
- de na te leven norm is duidelijk,
- handhaving van de norm wordt bevorderd door een deskundig toezicht, en
- van een snel en adequaat optreden kan voldoende effect worden verwacht.

Wat betreft de hoogte van de bestuurlijke boete wordt in beginsel uitgegaan van de jaarlijkse omzet van de zorginstelling of beroepsbeoefenaar. Per overtreding wordt bovendien gekeken naar de ernst ervan en naar andere bijzondere omstandigheden. De maximale hoogte van de boete (€ 13 400) is gelijkgesteld aan de geldboete die de strafrechter ingevolge de daarvoor geldende wetgeving ten hoogste kan opleggen.

In het tweede lid is een opsomming gegeven van voorschriften die de IGZ namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij overtreding met een last onder dwangsom kan sanctioneren. Bij de last onder dwangsom gaat het om de verplichting om een overtreding te beëindigen in combinatie met een voorwaardelijke verplichting om een geldsom te betalen. Ingeval een last onder dwangsom wordt opgelegd naar aanleiding van een overtreding, dient eerst nader te worden geconcretiseerd welke verplichtingen uit de overtreden norm voortvloeien. Pas daarna kan naleving van die verplichtingen daadwerkelijk worden afgedwongen, maar alleen wanneer de norm nog steeds of opnieuw wordt overtreden. Bij een last onder dwangsom is het de overtreder zelf die handelend moet optreden en niet het bestuursorgaan.

Bij de selectie van voorschriften waarbij de IGZ bij overtreding een last onder dwangsom kan opleggen is het uitgangspunt gehanteerd dat een last onder dwangsom effectief is indien de overtreder in de gelegenheid is een bepaalde concrete situatie te corrigeren binnen een redelijke termijn. Deze sanctie richt zich voornamelijk op het voorkomen, beëindigen of ongedaan maken van een onrechtmatige situatie. De dwangsom wordt opgelegd in combinatie met een last om iets te doen of na te laten. Het gaat vooral om onrechtmatige zaken, waarvan je wilt voorkomen dat ze voortduren of nogmaals gebeuren. De overtreder wordt dan in de gelegenheid gesteld een bepaalde concrete situatie te corrigeren binnen een redelijke termijn.

Bij toepassing van een bestuurlijke boete of een last onder dwangsom zijn de bepalingen van de Awb van toepassing.

Artikelen 14:6 tot en met 14:9

In de artikelen 14:6 tot en met 14:9 zijn de strafbepalingen opgenomen. Zoals hiervoor vermeld, is bij de keuze tussen bestuursrechtelijke en strafrechtelijke handhaving de kabinetsnota over de uitgangspunten bij de keuze voor een sanctiestelsel toegepast. Ook is – in lijn hiermee – rekening gehouden met de indicatoren die zijn vastgesteld bij de totstandkoming van de Wet OM-afdoening (Kamerstukken II 2005/06, 29 849, nr. 30).

De artikelen 14:6 en 14:7 voorzien in de mogelijkheid van oplegging van een gevangenisstraf, indien personen opzettelijk van hun vrijheid worden beroofd door opneming in een accommodatie of opzettelijk verplichte zorg wordt verleend, zonder rechterlijke of wettelijke legitimatie daartoe. Aangezien de onrechtmatige vrijheidsbeneming door opneming in een accommodatie een grotere inbreuk maakt op de vrijheidsrechten van betrokkene dan andere vormen van verplichte zorg, is in de artikelen 14:6 en 14:7 een onderscheid gemaakt in de maximale duur van de gevangenisstraf die kan worden opgelegd.

In artikel 14:9 zijn de overtredingen opgesomd waarvoor enkel een geldboete kan worden opgelegd.

Artikel 14:10

Artikel 14:10 vormt de uitwerking van het uitgangspunt dat binnen een besloten context waar mogelijk bestuurlijke handhaving plaatsvindt. Het artikel bepaalt dat eerst een bestuurlijke boete moet worden opgelegd, voordat tot een strafrechtelijke vervolging kan worden besloten. Bij ernstige overtredingen vindt strafrechtelijke handhaving plaats. Dit betekent dat een gedraging die zowel is opgenomen in artikel 14:5 als in de artikelen 14:6, 14:7 en 14:9, in eerste instantie met een bestuurlijke boete zal moeten worden afgedaan. Op deze hoofdregel bestaan echter twee belangrijke uitzonderingen. De eerste betreft de situatie waarin gedurende een periode van twee jaar al tweemaal een bestuurlijke boete is opgelegd voor een zelfde gedraging. De tweede uitzondering doet zich voor wanneer de opzettelijke of roekeloze gedraging een direct gevaar oplevert voor de gezondheid of veiligheid van de persoon die zorg ontvangt. In deze gevallen kan direct tot een strafrechtelijke vervolging worden overgegaan. Het betreft gevallen waarin de overtreding – omdat zij meer dan twee keer achter elkaar is begaan dan wel omdat zij een direct gevaar oplevert voor een persoon – een aanzienlijke inbreuk maakt op de belangen van burgers of een forse bedreiging vormt voor het integer functioneren van de sector.

De artikelen 14:6, 14:7 en 14:9 kunnen ook zonder meer worden toegepast, indien er sprake is van een overtreding of misdrijf waar geen bestuurlijke boete voor kan worden opgelegd. Dit is bijvoorbeeld het geval als een persoon, zonder dat een zorgmachtiging of crisismaatregel ten aanzien van hem is afgegeven, opzettelijk van zijn vrijheid wordt beroofd door opneming in een accommodatie of verplichte zorg wordt verleend.

HOOFDSTUK 15 Aanpassing andere wetgeving

Dit hoofdstuk bevat de aanpassingen van andere wetgeving en wetsvoorstellen aan het onderhavige voortstel. De wijzigingen zijn van technische aard en hebben betrekking op aanpassingen aan de citeertitel en de nieuwe terminologie van het onderhavige wetsvoorstel. Het betreft de volgende begrippen:

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

In een groot aantal wettelijke bepalingen dient de verwijzing naar de «Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen» vervangen te worden door een verwijzing naar de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, de citeertitel van het onderhavige wetsvoorstel. Deze aanpassingen zijn te vinden in de artikelen 15:1, 15:2, 15:3, onder A, en 15:9.

Accommodatie

Daarnaast dient in een aantal bepalingen de zinsnede «een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1, onder h, van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen» vervangen te worden door het accommodatiebegrip uit het onderhavige voorstel (een accommodatie als bedoeld in artikel 1:1 van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg). Deze aanpassing is opgenomen in de artikelen 15:3, onder B, 15:4, onder B, D, en E, 15:6, onder A, 15:7 en 15:10.

In artikel 90sexies van het Wetboek van Strafrecht, dat het begrip psychiatrisch ziekenhuis definieert voor de toepassing van het Wetboek van Strafrecht, is eveneens aangesloten bij het begrip accommodatie uit het onderhavige voorstel (artikel 15:11, onder F). Daarvoor is gekozen, omdat het begrip «instelling» uit de Wet toelatingen zorginstellingen, waarnaar artikel 90sexies nu verwijst, verdwijnt met het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg.

Zorgmachtiging

Drie artikelen uit Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, waarin wordt verwezen naar verschillende machtigingen uit de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen worden in artikel 15:5 aangepast aan het begrip zorgmachtiging als bedoeld in artikel 1:1 van het onderhavige wetsvoorstel.

Psychische stoornis en verstandelijke handicap

Voorts is in een groot aantal wettelijke bepalingen de verouderde aanduiding «een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens» vervangen door een psychische stoornis of verstandelijke handicap. Psychische stoornis en verstandelijke handicap zijn de begrippen die in het onderhavige wetsvoorstel en het wetsvoorstel Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten worden gebruikt. Deze aanpassingen worden gevonden in de artikelen 15:3, onder B en C, 15:4, onder A tot en met C, E tot en met G, 15:6, 15:8, 15:11, onder A tot en met E, en 15:12.

HOOFDSTUK 17 Slotbepalingen

Naar aanleiding van het advies van de Raad van State is in artikel 17:1 een evaluatiebepaling opgenomen. Vijf jaar na inwerkingtreding van de wet, zal de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in overeenstemming met de Minister van Justitie een verslag over de werking van de wet aan de Staten-Generaal zenden. Aangezien de evaluatie van de wet de nodige voorbereidingstijd vergt en vooraf zal moeten worden gegaan door wetenschappelijk onderzoek is gekozen voor een termijn van vijf jaar.

De minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink