

In Wet zorg en dwang geen plaats voor Bopz-arts

Een onverstandige keuze

Brenda Frederiks & Roy Knuiman¹

In de sectoren psychogeriatricie en verstandelijk gehandicapten fungeert de Bopz-arts sinds jaar en dag als geneesheer-directeur. Specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicaptenzorg vervullen deze functie, wat in de praktijk betekent dat zij de spilfunctie rondom het beleid van vrijheidsbeperking vervullen. Dit systeem werkt naar behoren en tevredenheid en past bij het eigen karakter van beide sectoren en kan bovendien naadloos aansluiten bij het stappenplan en de besluitvormingsprocedure binnen de Wet zorg en dwang. Het wekt dan ook bevreemding dat de wetgever in de Wet zorg en dwang deze functie van geneesheer-directeur niet langer opneemt.

Inleiding

Diverse specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) hebben de afgelopen maanden hun kennis over de Wet Bopz, het huidige juridische kader voor vrijheidsbeperking in de langdurige zorg, opgefrist. De komst van de Wet zorg en dwang (Wzd), het nieuwe wettelijke kader voor vrijheidsbeperking in de langdurige zorg, gaat immers nog wel even duren. Op deze cursussen verschijnen niet enkele SO's of AVG'en. Integendeel, het gaat om grote aantallen artsen die in de dagelijkse praktijk 'Bopz-arts' zijn. Een enquête door de Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten (NVAVG), uitgezet in 2015, bevestigt dit beeld. Des te vreemder is het dat de wetgever de functie van Bopz-arts laat verdwijnen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening. In dit artikel proberen we uit te leggen dat deze keuze een onverstandige keuze is, zeker in het licht van de rechtsbescherming van kwetsbare cliënten.

Twee wetsvoorstellen voor vrijheidsbeperking

Het wetsvoorstel Zorg en dwang² en het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg moeten de huidi-

ge Wet Bopz gaan vervangen. Beide wetsvoorstellen zijn al jaren in ontwikkeling. Wetten die gedwongen zorg en het inzetten van vrijheidsbeperking bij opname en behandeling reguleren, liggen per definitie gevoelig en hebben kennelijk een lange ontstaansgeschiedenis nodig. Ook bij de huidige Wet Bopz was dat het geval. Het wetsvoorstel Zorg en dwang is op 19 september 2013 aangenomen door de Tweede Kamer. De Eerste Kamer heeft vrij snel daarna besloten dat zij het wetsvoorstel Zorg en dwang en Verplichte geestelijke gezondheidszorg in samenhang wil behandelen. De Eerste Kamer lijkt voorsnóg te kiezen voor harmonisatie van de rechtspositie van personen die gedwongen zorg ontvangen boven een snelle inwerkintreding van de toekomstige wetten voor gedwongen zorg.³ Deze mening werd al eerder gedeeld door betrokkenen uit de praktijk en leden van de Tweede Kamer wat ertoe heeft geleid dat in 2014 een Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg is uitgevoerd, in opdracht van ZonMw.⁴ Naast bestaande wetgeving is ook toekomstige wetgeving meegenomen. Een van de aanbevelingen van het ZonMw rapport luidde:

Auteurs

1. Mr. dr. B.J.M. Frederiks is universitair docent gezondheidsrecht VUmc/EMGO instituut. Mr. R.B.J. Knuiman is juridisch beleidsmedewerker bij Verenso, beroeps-

vereniging van specialisten ouderengeneeskunde.

Noten

2. De Wet zorg en dwang psychogeriatrici-

sche en verstandelijk gehandicapten cliënten is de volledige titel van de wet en duidt erop dat deze wet alleen bedoeld is voor de sectoren psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg.

3. Kamerstukken I 2014/15, 32398, M.

4. Legemaate et al., *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*, Den Haag: ZonMw 2014.



© Hatafskaya / Shutterstock

'het verdient vanuit een oogpunt van overzichtelijkheid, toegankelijkheid en consistentie van wetgeving de voorkeur één wettelijke regeling te hanteren voor zowel de GGZ- als de PG/VG-sector, binnen welke regeling enige differentiatie tussen sectoren mogelijk is.'

De betrokken ministers gaven al vrij snel aan dat deze aanbeveling niet werd overgenomen,⁵ maar dat er wel bereidheid was om tot meer harmonisatie over te gaan. In een tweede nota van wijziging van het wetsvoorstel Verplichte ggz is geprobeerd om de harmonisatie tussen het wetsvoorstel Zorg en dwang en het voorstel Verplichte ggz zoveel mogelijk te optimaliseren. Hierin zijn ook wijzigingen meegenomen voor het wetsvoorstel Zorg en dwang. Begin juli 2016 verscheen de reactie van de Raad van State op deze nota van wijziging,⁶ gevolgd door de tweede nota van wijziging op het wetsvoorstel Verplichte ggz en het kabinetsstandpunt over het ZonMw-rapport inzake de Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg.⁷ Hierdoor is de politieke behandeling van het wetsvoorstel Zorg en dwang in een stroomversnelling geraakt. De tekst van het door de Eerste Kamer te behandelen wetsvoorstel Zorg en dwang lijkt nu op hoofdlijnen vast te liggen, hoewel de Tweede Kamer nog op wijzigingen kan aandringen. De vraag is nu of de harmonisatie van beide wetsvoorstellen een geslaagde actie is geweest en in het bijzonder als het gaat om de Wet zorg en

dwang. Recentelijk heeft Nederland het VN-verdrag voor mensen met een beperking geratificeerd en op grond van het gedachtegoed van dit verdrag is het min of meer vanzelfsprekend dat essentiële elementen die gezamenlijk de rechtspositie van cliënten vormen voor alle sectoren – GGZ, verstandelijk gehandicapten (VG) en psychogeriatric (PG) – op gelijke wijze wordt ingevuld. Toch ontbreekt, opvallend genoeg, de functie van geneesheer-directeur in het wetsvoorstel Zorg en dwang. In de Wet verplichte ggz (Wvvggz) is deze functie wel overeind gebleven.

Achtergrond

De twee wetsvoorstellen vinden hun oorsprong in het rapport van de tweede wetsevaluatie van de Wet Bopz (2002),⁸ dat als een van de aanbevelingen deed dat er voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten een aparte wet zou moeten worden ontwikkeld. Dit omdat de huidige Wet Bopz onvoldoende aansluit bij de specifieke kenmerken van beide sectoren. Het wetsvoorstel Zorg en dwang en het wetsvoorstel Verplichte ggz werden zo los van elkaar ontwikkeld. Inmiddels ontstond er de nodige kritiek omdat de wetsvoorstellen die beide het reguleren van behandeling onder dwang als onderwerp hebben, wel erg veel verschillen gingen vertonen. Verschillen in begrippen, definities en criteria, maar ook verschillen in rechtsbescherming en rechtspositie voor patiënten. Niet

alleen uit juridisch oogpunt, maar ook voor de praktijk is dit onwenselijk. Alleen al omdat de grens tussen GGZ, VG en PG niet altijd even duidelijk af te bakenen is en er ook toenemende overlap tussen cliëntdoelgroepen is.⁹ Sinds 1 januari 2015 komen psychiatrische patiënten na drie jaar verblijf in de GGZ onder de Wet langdurige zorg (Wlz) te vallen. Oudere psychiatrische patiënten met complexe psychische en somatische problematiek worden steeds vaker in het verpleeghuis opgenomen. In de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking gaat het niet meer alleen om chronische cliënten met een verstandelijke beperking maar is de doelgroep jongeren en jongvolwassenen met een lichte verstandelijke beperking groeiende.¹⁰ Het komt er eigenlijk op neer dat de argumenten die in 2002 werden genoemd voor twee aparte wetten inmiddels zijn ingehaald door allerlei ontwikkelingen in de zorg.¹¹ De drie sectoren zijn juist naar elkaar toe gegroeid. De kritiek op de soms summier onderbouwde verschillen tussen de wetsvoorstellen ging zelfs zover dat gepleit werd voor één wettelijke regeling en niet langer twee aparte wetsvoorstellen.¹² De regering heeft deze aanbeveling niet overgenomen en kiest vooralsnog voor harmonisatie. Op een aantal terreinen is die harmonisatie ook inderdaad gelukt. Harmonisaties zijn onder meer doorgevoerd op het gebied van de klachtenregeling, maar opmerkelijk genoeg niet op een terrein dat ook voor de rechtspositie van patiënten van groot belang is: de functie van geneesheer-directeur. In beide sectoren ook wel genoemd de Bopz-arts. Deze functie maakt wel onderdeel uit van het wetsvoorstel Verplichte ggz en is daarin zelfs nog versterkt. In het wetsvoorstel Zorg en dwang is er echter voor gekozen deze functie niet langer op te nemen. De bewindslieden zijn van mening dat de aandoening van een cliënt ruimte laat voor verschillen in regelingen waar die verklaarbaar en te rechtvaardigen zijn. Cliënten hebben niet allemaal dezelfde kenmerken en dezelfde zorgbehoeften.¹³ Dat laatste argument kunnen wij begrijpen, maar betekent dit een rechtvaardiging voor verschillende rechtsposities? En in het bijzonder het ontbreken van een geneesheer-directeur?

Geneesheer-directeur functie niet passend

In het eindrapport van de Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg is de aanbeveling gedaan om in het wetsvoorstel Zorg en dwang een positie op te nemen vergelijkbaar met die van geneesheer-directeur in het wetsvoorstel Verplichte ggz. Deze zou onder meer bij het interne toezicht op toepassing van dwang binnen en buiten de instelling een belangrijke rol kunnen vervullen.¹⁴ Dit

advies komt niet zo maar uit de lucht vallen. Ook Verenso en de NVAVG pleiten hiervoor en voegen toe dat hiermee geen onrecht wordt gedaan aan het eigen karakter van de Wet zorg en dwang en het stappenplan maar dat op die manier extra rechtsbescherming voor cliënten in de PG en VG wordt ingebouwd.¹⁵ In hun advies onderbouwen Verenso en de NVAVG dat de geneesheer-directeur of 'Zorg en dwang-arts' in de Wet zorg en dwang verantwoordelijk moet zijn voor het toezien op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw hiervan. Ook de Raad van State pleit in haar

Kun je de aanwezigheid van een Bopz-arts, die essentieel is voor de rechtspositie van cliënten, overlaten aan de keuze van een zorgaanbieder?

recente advies van juli 2016 voor de functie van geneesheer-directeur binnen de Wet zorg en dwang.¹⁶ De regering neemt deze adviezen helaas niet over. Belangrijkste argument daarbij is dat de sector PG en VG anders zijn georganiseerd dan de GGZ en andere problematiek kennen. In het licht van het recentelijk aangenomen VN-verdrag een bijzonder standpunt. Temeer omdat de Bopz-arts een zeer belangrijke rol vervult in beide sectoren, zeker als het gaat om de rechtsbescherming van cliënten.

Naar eigen inzicht van zorgaanbieder

De argumentatie van de regering om de functie van GD niet op te nemen in de Wzd gaat uit van de veronderstelling dat er in de PG en VG niet of nauwelijks wordt gewerkt met de functie van GD. Zo stelt de regering 'de rollen en taken van een geneesheer-directeur in de GGZ worden in de VG/PG sector in verschillende vormen door verschillende personen en instanties ingevuld.'¹⁷ Dit berust echter op een verkeerde voorstelling van zaken. De VG en PG kennen de term en functie Bopz-arts, het equivalent van de geneesheer-directeur voor deze sectoren. De Bopz-arts vervult de functie van geneesheer-directeur. Verenso en de NVAVG hebben een model-taakbeschrijving voor de

5. In de Nota naar aanleiding van het nader verslag Wet verplichte ggz wordt nogmaals door de bewindslieden uitgelegd waarom harmonisatie de voorkeur heeft boven een wettelijk regime voor alle doelgroepen (Kamerstukken II 2015/16, 32399, 24, p. 3)

6. Advies Raad van State, W13.16.0072/III.

7. Kamerstukken II 2015/16, 32399, 25 en 26.

8. Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, Conclusies en

aanbevelingen van de begeleidingscommissie, Den Haag: ZonMw 2002.

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

10. I. Woittiez e.a., *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking* (publicatie 2014-36), Den Haag:

Sociaal en Cultureel Planbureau 2014.

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

12. Legemaate et al., *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*, Den Haag: ZonMw 2014, p. 341, aanbeveling 1.

13. Kamerstukken II 2015/16, 32399, 24, p. 3.

14. Legemaate et al., *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*, Den Haag: ZonMw 2014, p. 342-343, aanbeveling 5.

15. Advies Verenso 15 oktober 2015, kenmerk 15.077 FR/RK/JdW, p. 3.

16. Advies Raad van State, W13.16.0072/III.

17. Toelichting bij de tweede nota van wijziging, p. 97.

Bopz-arts ontwikkeld waarin de wettelijke taken van geneesheer-directeur voor de sector staan beschreven. Ook het Ministerie van VWS heeft informatiemateriaal en brochures over de taken en bevoegdheden van de Bopz-arts. Bovendien is er sinds lange tijd vaste jurisprudentie over de Bopz-arts en verantwoordelijkheden. Daar waar in de sectoren op organisatieniveau niet gewerkt wordt met de functie van Bopz-arts/geneesheer-directeur, is dit strijdig met de wet Bopz en zou dit uiteraard niet als maatstaf moeten worden genomen voor de in de Wzd te regelen

De vraag is nu of de harmonisatie van beide wetsvoorstellen een geslaagde actie is geweest, in het bijzonder als het gaat om de Wet zorg en dwang

situatie. In de toelichting bij de nota van wijziging voegt de regering toe dat zorgaanbieders er uiteraard voor kunnen kiezen om een geneesheer-directeur of een vergelijkbare arts met een andere titel aan te wijzen of te behouden als deze al in dienst is. De wetgever maakt een vergelijking met de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ). In lijn met deze wet moet er voor een zorgaanbieder ruimte zijn om het interne toezicht naar eigen inzicht te organiseren. Opnieuw stellen wij dan de vraag: kun je de aanwezigheid van een Bopz-arts, die essentieel is voor de rechtspositie van cliënten, overlaten aan de keuze van een zorgaanbieder? Dat is waar de wetgever naartoe wil.

Complexe medische problematiek in PG en VG

Verschillen in rechtsbescherming tussen de Wvvgz en de Wzd worden in de memorie van toelichting deels gemotiveerd door te wijzen op het verschil in cliëntdoelgroepen tussen GGZ enerzijds en de PG en VG anderzijds. De toelichting¹⁸ stelt daarbij onder meer:

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

Naast de onmiskenbare verschillen tussen GGZ enerzijds en PG en VG anderzijds die op sommige punten een andere aanpak rechtvaardigen, is deze beschrijving een volledige miskennis van de cliëntproblematiek in de sectoren PG en VG en het medisch karakter daarvan. Deze maken niet alleen onderdeel uit van de geneeskunde. Het specialisme ouderengeneeskunde en AVG is een vervolgspecialisatie na de basisopleiding geneeskunde. En niet voor niets. Patiënten in deze sector hebben meerdere chronische ziekten die ook vaak complex van aard zijn. Bovendien hebben zij vaak verschillende medicijnen naast elkaar. Ook zijn er specifieke patiëntdoelgroepen in de PG die langdurige en hoogwaardige medische zorg door specialisten ouderengeneeskunde nodig hebben. Korsakov-patiënten en Huntington-patiënten zijn hiervan duidelijke voorbeelden. In de VG gaat het ook om complexe cliëntdoelgroepen.

Kortom, de argumentatie in de toelichting overtuigt op dit punt niet en doet onvoldoende recht aan het medisch karakter van de patiëntdoelgroep. Het rapport van de IGZ over het extra toezicht op 150 verpleeghuizen van juni waarover zoveel commotie is ontstaan, onderstreept deze constatering alleen maar. De verbeteringen waar verpleeghuizen volgens dit rapport aan moeten werken en de punten die in een aantal huizen nog onvoldoende op orde waren op het gebied van dossiervoering en vrijheidsbeperking, zijn vooral veroorzaakt door het onvoldoende erkennen van dit complexe karakter en de te grote lacune tussen de medische deskundigheid enerzijds en het lage opleidingsniveau van ondersteunende disciplines anderzijds. Hierdoor ontstaan risico's bij de toediening van medicatie en de dossiervoering. Reden te meer om de coördinatie en het toezicht op onvrijwillige zorg door onder meer de geneesheer-directeur, minimaal op vergelijkbaar niveau te waarborgen als in de GGZ. Een vrijblijvende keuze, zoals de wetgever nu voorstelt, achten wij dan ook niet opportuun.

Conclusie

De Bopz-arts fungeert sinds jaar en dag als geneesheer-directeur in de sectoren PG en VG. Specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicaptenzorg vervullen deze functie wat in de praktijk betekent dat zij de spilfunctie vervullen rondom het beleid van vrijheidsbeperking. Dit systeem werkt naar behoren en tevredenheid. De landelijke beroepsverenigingen hebben voor uniformiteit gezorgd door het ontwikkelen en vaststellen van een model-taakbeschrijving en benoembaarheidseisen. Zorgaanbieders op hun beurt wijzen op basis hiervan Bopz-artsen binnen hun organisatie aan. Dit systeem past bij het eigen karakter van beide sectoren en kan bovendien naadloos aansluiten bij het stappenplan en besluitvormingsprocedure binnen de Wzd. Het wekt dan ook bevreemding dat de wetgever in de Wzd de functie van geneesheer-directeur niet langer opneemt. De motivering en aangevoerde argumenten overtuigen ons daarbij niet. Niet alleen veldpartijen als Verenso en de NVAVG, maar ook de commissie Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg en de Raad van State adviseren de functie te behouden en op te nemen in de Wzd. Er is gelukkig nog tijd. •

¹⁸ Toelichting bij de consultatieversie van de tweede nota van wijziging bij het voorstel van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, p. 54 e.v.