

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 ultimatum 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 ultimatum 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 ultimatum 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 ambulante 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 opneming 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 – zults 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:

