

Onvrijwillige zorg: van Wet Bopz naar Wet zorg en dwang

S.M. Steen, B.J.M. Frederiks en C. de Schipper

1 Inleiding

De sectoren zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, psychogeriatric en psychiatrie verwachten al enkele jaren nieuwe wetgeving, ter vervanging van de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische zorg (Wet Bopz). In 2013 leek het snel te gaan voor de twee eerstgenoemde sectoren: op 19 september 2013 heeft de Tweede Kamer de 'Wet zorg en dwang psychogeriatric en verstandelijk gehandicapte cliënten' (hierna: Wet zorg en dwang) aangenomen,¹ ter vervanging van de Wet Bopz voor psychogeriatric en zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking. De Wet zorg en dwang treedt voorlopig echter niet in werking, omdat er wijzigingen zijn voor-

gesteld via twee nota's van wijziging² van het wetsvoorstel Wet verplichte ggz.³ De Wet verplichte ggz moet de Wet Bopz vervangen wat betreft psychiatrische zorg. Een belangrijke reden voor de voorgestelde wijzigingen is de in 2014 gepubliceerde Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg (Legemaate et al, 2014), waarin werd aangedrongen op harmonisatie van de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz. Het is nog niet bekend wanneer het wetsvoorstel Wet verplichte ggz wordt behandeld in de Tweede Kamer.⁴ Nu de Eerste Kamer de Wet zorg en dwang pas wil behandelen wanneer de Wet verplichte ggz ook aan haar is voorgelegd, zal het nog enige tijd duren voor de Wet zorg en dwang in werking treedt.

Beleid & Management

Dit artikel geeft de resultaten weer van een verkennend juridisch-empirisch praktijkonderzoek naar de invulling en uitwerking van het begrip 'onvrijwillige zorg' in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Naast een juridische analyse werden focusgroepen met medewerkers gehouden en werd een Delphi methode gebruikt.

Het praktijkonderzoek is relevant voor inhoudelijke disciplines en juristen die in de gehandicaptenzorg te maken hebben met onvrijwillige zorg.

WB

De Wet zorg en dwang brengt juridische en praktische veranderingen voor de dagelijkse zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking. Het ter voorbereiding op de wet in kaart brengen van deze veranderingen en het vertalen van de inhoud van de wetsartikelen naar de dagelijkse zorgpraktijk vormen de aanleiding voor een onderzoek door

¹ Kamerstukken I 2013/14, 31996, A

² Kamerstukken II 2015/16, 32 399, 25 en 27.

³ Kamerstukken II 2009/10, 32 399, 2.

⁴ Dit artikel is afgerond in oktober 2016.

het VU medisch centrum (VUmc), de Vrije Universiteit (VU) en zorgaanbieder Cordaan (VG): 'Van Wet Bopz naar Wet zorg en dwang'. Het doel van dit project was om door middel van een verkenning van de Wet zorg en dwang de uitgangspunten van de wet voor de praktijk inzichtelijk te maken en nader in te vullen.

De kern van de Wet zorg en dwang is het (nieuwe) begrip 'onvrijwillige zorg', dat *alle* vrijheidsbeperkingen en gedwongen zorg in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking overkoepelt. De introductie van dit begrip hangt samen met één van de belangrijkste doelen van de Wet zorg en dwang: het stellen van uniforme regels, zodat op transparante en zorgvuldige wijze zorg kan worden verleend aan cliënten, ook in die gevallen waarin cliënten niet met die zorg hebben ingestemd, en zich daartegen verzetten.⁵ De implementatie van de Wet zorg en dwang valt of staat met de uitwerking van het begrip onvrijwillig zorg in de praktijk. Het is dan ook belangrijk dat zorgverleners het begrip kennen, kunnen uitleggen en kunnen toepassen. In dit artikel wordt verslag gedaan van een eerste verkenning van het (juridische) begrip onvrijwillige zorg en de (toekomstige) uitvoering van het begrip in de praktijk. De opbouw van het artikel is als volgt: eerst wordt ingegaan op de onderzoeksvragen en de bij de verschillende vragen toegepaste onderzoeksmethoden (een juridische analyse, focusgroepen en een Delphi-methode). Daarna worden de resultaten van de juridische analyse weergegeven. En komen vervolgens de resultaten van de (empirische) focusgroepen en Delphi-methode aan de orde.

⁵ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 1.*

2 Onderzoeksopzet

2.1 Onderzoeksgroep

Het onderzoek is uitgevoerd door onderzoekers van het VUmc (afdeling sociale geneeskunde) en de Vrije Universiteit (afdeling ontwikkelingspedagogiek) bij zorgaanbieder Cordaan, een zorgorganisatie binnen de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Cordaan (dat het onderzoek initieerde) was bij uitstek geschikt voor dit verkennende onderzoek, omdat Cordaan zorg, ondersteuning en begeleiding biedt op zowel ambulante basis als binnen uiteenlopende categorieën van locaties (zoals Bopz-locaties, niet-Bopz-locaties, kinderdienstencentra en dagbestedingcentra). De cliënten van Cordaan zijn bovendien van uiteenlopende leeftijden en niveaus. Voorafgaand aan de start van het onderzoek is het onderzoekvoorstel goedgekeurd door de wetenschapscommissie van EMGO+. Vervolgens is het onderzoek door de Medisch ethische toetsingscommissie (Metc) van het VUmc 'niet-Wmo-plichtig' verklaard.

2.2 Onderzoeksvragen en -methoden

De doelstelling van het (totale) onderzoek (het verkennen van de Wet zorg en dwang en het vertalen van de wet naar de praktijk) is uitgewerkt in drie vragen, die met behulp van zowel juridische als empirische onderzoeksmethoden zijn onderzocht. Zoals in de inleiding genoemd ligt de focus in dit artikel op een deel van het uitgevoerde onderzoek: de resultaten die specifiek betrekking hebben op het in de Wet zorg en dwang geïntroduceerde begrip onvrijwillige zorg.

In deze paragraaf worden per onderzoeksvraag de ingezette onderzoeksmethoden toegelicht.

1. *Welke juridische gevolgen heeft het begrip onvrijwillige zorg in de Wet zorg en dwang voor de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking?*

Ter beantwoording van de eerste onderzoeksvraag is een juridische analyse uitgevoerd, gericht op het in kaart brengen van de Wet zorg en dwang, het begrip onvrijwillige zorg en de (juridische) gevolgen voor de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Om deze veranderingen goed in kaart te brengen was ook het uitvoeren van vrijheidsbeperkingen volgens de (huidige) Wet Bopz onderwerp van de juridische analyse. De bevindingen van de juridische analyse zijn verwerkt in een 'Memo zorg en dwang (Steen, Schippers en Frederiks, 2016)'. Onderzoeksvragen 2 en 3 zijn vervolgens via kwalitatieve methoden (focusgroepen en een Delphi-methode) onderzocht. Onderzoeksvraag 2 stond centraal tijdens de focusgroepen en onderzoeksvraag 3 tijdens de Delphi-methode.

2. *Welke praktische gevolgen heeft de Wet zorg en dwang voor de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking? En welke knelpunten doen zich voor bij het toepassen van het begrip onvrijwillige zorg? (2)*
3. *Welke werkwijzen sluiten het best aan bij het begrip onvrijwillige zorg? (3)*

Na de juridische analyse zijn, ter beantwoording van de tweede onderzoeksvraag, vier focusgroepen georganiseerd (tabel 1). Tijdens de focusgroepen gingen de onderzoekers met direct bij de zorg betrokken medewerkers van Cordaan in gesprek over de uitkomsten van de juridische analyse. Hiermee moest antwoord

worden verkregen op de tweede onderzoeksvraag: welke praktische gevolgen heeft de Wet zorg en dwang voor de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking? En welke knelpunten doen zich mogelijk voor bij de vertaling van het begrip onvrijwillige zorg naar de praktijk? Het doel van een focusgroep is om inzicht te krijgen in de ideeën of gevoelens van personen over een probleem of fenomeen. Een focusgroep bestaat meestal uit personen die zijn geselecteerd op basis van bepaalde overeenkomstige kenmerken, gerelateerd aan het onderwerp van de studie. De interactie tussen de deelnemers staat tijdens een focusgroep centraal. De interactie moet door de gespreksleider op gang worden gebracht door een onderwerp aan te dragen waarin de onderzoekers meer inzicht willen hebben (Van Assema, Mesters en Kok, 1992). Voor de werving van de deelnemers is een informatiebrief naar de in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking werkzame medewerkers van Cordaan gestuurd. Vervolgens is aan enkele medewerkers een gerichte uitnodiging gestuurd, waarna circa veertien aanmeldingen voor de focusgroepen werden ontvangen. De deelnemers aan de focusgroepen hadden als overeenkomstig kenmerk dat zij zich allen bezighouden met de zorgverlening en ondersteuning aan/van mensen met een verstandelijke beperking. Als (persoonlijk) begeleider, Bopz-arts, medewerker crisisdienst, klachtenfunctionaris, teammanager en gedragsdeskundige bekleeden zij echter verschillende functies. Voorafgaand aan iedere focusgroep is een draaiboek opgesteld, met de onderdelen die aan de orde moesten komen. Tijdens de focusgroepen werd de in een voorgaande focusgroep verzamelde informatie teruggekoppeld naar de deelnemers.

Focusgroep I

Tijdens de eerste focusgroep maakten deelnemers kennis met elkaar en het inzetten van een focusgroep als onderzoeksmethode. Vervolgens werd gesproken over een ieders verwachtingen van de Wet zorg en dwang en het begrip onvrijwillige zorg, de huidige wet op het gebied van vrijheidsbeperkingen in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking (de Wet Bopz) en de ervaringen van de deelnemers met (het zien of uitvoeren van) vrijheidsbeperkingen in de praktijk.

Focusgroep II

Gedurende de tweede focusgroep is het toepassen van onvrijwillige zorg in de praktijk besproken aan de hand van de in de Wet zorg en dwang opgenomen zorgvuldigheidseisen voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, en het uitvoeren van onvrijwillige zorg. Aan de deelnemers werden vragen voorgelegd als: wat vinden en verwachten jullie hiervan, hoe gaat dit nu, welke knelpunten verwacht je of worden hiermee bestaande knelpunten opgelost?

Focusgroep III

Tijdens de derde focusgroep werden verschillende praktijk-knelpunten van de huidige wetgeving besproken. Ook werd de deelnemers gevraagd knelpunten te noemen die zij (mogelijk) voorzien met de komst van de Wet zorg en dwang. Genoemde knelpunten waren onder meer het gebruik van pedagogische maatregelen, de gevolgen van onvrijwillige zorg voor cliënten in groepsverband en de mogelijkheid tot het maken van afspraken met cliënten.

Focusgroep IV

De afbakening van het begrip onvrijwillige zorg bleek tijdens eerdere focusgroepen lastig. Daarom werd tijdens de laatste focusgroep besproken welke vormen van onvrijwillige zorg wel en welke vormen (juist) niet binnen de reikwijdte (de in de Wet zorg en dwang opgenomen categorieën) van het begrip onvrijwillige zorg (kunnen) vallen.⁶

Het van iedere focusgroep gemaakte verslag werd voorgelegd aan de bij het onderzoek betrokken senior onderzoekers (VUmc/VU). De bevindingen zijn uitgewerkt in analyses, waarbij gekeken werd welke onderdelen van de Wet zorg en dwang leidden tot vragen, knelpunten of discussies, en op welke onderdelen de deelnemers consensus hadden bereikt wat betreft de invulling en de uitvoering van de wet in de praktijk. De analyses zijn besproken met de betrokken senior onderzoekers.

Tabel 1: onderzoeksmethoden

Onderzoeksmethode	N	Frequentie
Focusgroep	N=10 (variërend in opkomst van 9 tot 12)	4 bijeenkomsten
Delphi-methode	N=25 (variërend in deelname van 14 tot 19)	3 rondes

⁶ Ten tijde van de vierde focusgroep was nog geen sprake van de tweede Nota van wijziging Wet verplichte ggz. Zodoende werd uitgegaan van de (tot dan toe) in de Wet zorg en dwang opgenomen vijf categorieën van onvrijwillige zorg: fixatie, voeding of vocht, medicatie, toezicht, beperkingen in het inrichten van het eigen leven. Inmiddels bevat de Wet zorg en dwang negen categorieën van onvrijwillige zorg, zie tabel 3.

Delphi-methode

Na de focusgroepen is een Delphi-methode (tabel 1) uitgevoerd, om te onderzoeken welke werkwijzen het best aansluiten op onvrijwillige zorg. Met werkwijzen werd bedoeld: welke zorgvuldigheidseisen, stappen, normen, afspraken of factoren zijn volgens de medewerkers van verschillende niveaus binnen Cordaan van belang voor een zorgvuldige toepassing van onvrijwillige zorg, in overeenstemming met de Wet zorg en dwang maar tegelijkertijd ook uitvoerbaar ('werkbaar') in de dagelijkse zorgpraktijk? Tijdens de Delphi-methode hebben medewerkers van Cordaan meegedacht over invulling en een vertaling van onvrijwillige zorg naar concrete werkprocessen voor de praktijk.

Een Delphi-methode bestaat uit meerdere (digitale) rondes waarin vragen worden voorgelegd aan een groep deelnemers. Het inzetten van een Delphi-methode kan bijdragen aan het bereiken van consensus over complexe onderwerpen (Landeta, 2006). Aan de Delphi-methode deden enkele focusgroepdeelnemers mee, daarnaast werden nieuwe deelnemers geworven via de bij Cordaan werkzame leden van de projectgroep. Anders dan aan de focusgroepen namen aan de Delphi-methode ook managementteamleden deel, zodat werkwijzen verzameld en ondersteund konden worden vanuit verschillende organisatieniveaus van Cordaan. De in drie rondes uitgevoerde Delphi-methode was gericht op het bereiken van consensus over het toepassen van onvrijwillige zorg en de eerder (tijdens de focusgroepen) naar voren gebrachte knelpunten. Er werden iedere ronde specifiekere vragen gesteld. Deze werden gebaseerd op de

in de voorgaande ronde gegeven antwoorden en motivaties, die steeds werden samengevat, gecategoriseerd en geanalyseerd. Ook werd iedere ronde bekeken welke antwoorden al geleid hadden tot consensus op een bepaald onderdeel, en welke onderdelen in een volgende ronde verder moesten worden uitgevraagd. De verzamelde resultaten zijn teruggekoppeld aan deelnemers tijdens een terugkombijeenkomst.

3 Resultaten juridische analyse

In dit hoofdstuk staat onderzoeksvraag 1 centraal: wat zijn de juridische gevolgen van de Wet zorg en dwang, in het bijzonder van het begrip onvrijwillige zorg? Daaraan voorafgaand wordt in paragraaf 3.1 eerst een overzicht gegeven van vrijheidsbeperkingen volgens de (huidige) Wet Bopz, de voorwaarden voor toepassing van vrijheidsbeperking volgens de Wet Bopz en de kritiek die aanleiding heeft gegeven voor het ontwikkelen van het begrip onvrijwillige zorg. In paragraaf 3.2 komen vervolgens het begrip onvrijwillige zorg en de daaraan verbonden voorwaarden in de Wet zorg en dwang aan de orde.

3.1 Vrijheidsbeperking in de Wet Bopz

De Wet Bopz regelt de juridische kaders waarbinnen zorgverleners vrijheidsbeperkingen mogen opleggen aan mensen met een verstandelijke beperking die gedwongen zijn opgenomen.

3.1.1 Vormen van vrijheidsbeperking

De Wet Bopz bevat, in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, geen definitie van vrijheidsbeperking. In de wet wordt wel een aantal categorieën van vrijheidsbeperking benoemd:

dwangbehandeling, middelen of maatregelen in het kader van een noodsituatie, huisregels en beperkingen in de bewegingsvrijheid, post, telefoonverkeer en bezoek. Elke categorie kent een aantal voorwaarden die voor een deel zijn uitgewerkt in de Wet Bopz zelf. Een belangrijk gegeven is dat deze vrijheidsbeperkingen, op huisregels na, alleen toegepast mogen worden bij cliënten die onvrijwillig zijn opgenomen. Sommige vormen (beperkingen in post, telefoon en bezoek) mogen zelfs alleen bij cliënten die met een rechterlijke machtiging of inbewaaringstelling zijn opgenomen.

3.1.2 *Dwangbehandeling*

Dwangbehandeling is een van de categorieën van vrijheidsbeperking uit de Wet Bopz. Van dwangbehandeling is sprake wanneer (een deel van) het zorgplan wordt uitgevoerd, ondanks het verzet van de cliënt of de vertegenwoordiger van de cliënt. Dat betekent dat er in eerste instantie instemming was van de cliënt of zijn vertegenwoordiger met de vormen van zorg in het zorgplan, maar dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich later tegen de uitvoer van dat zorgplan, of een deel daarvan, verzet. Wanneer precies sprake is van verzet in de zin van de Wet Bopz wordt door de wetgever niet nader uitgelegd. Dwangbehandeling mag vervolgens alleen worden ingezet wanneer de behandeling “volstrekt noodzakelijk” is om gevaar voor de cliënt zelf of anderen af te wenden. De situaties die geduid kunnen worden als gevaar worden in de Wet Bopz genoemd: van gevaar voor zichzelf of anderen is bijvoorbeeld sprake wanneer een cliënt zichzelf of een ander ernstig letsel dreigt toe te brengen, zichzelf in ernstige mate dreigt te verwaarlozen, of dreigt maatschappelijk te gronde te

gaan. De maximale duur van de dwangbehandeling en welke vormen van zorg al dan niet als dwangbehandeling mogen worden ingezet worden niet nader ingevuld door de wetgever. Wel moet dwangbehandeling, omdat het gericht is op het wegnemen van het gevaar, een therapeutisch karakter hebben.

3.1.3 *Middelen of maatregelen*

Naast dwangbehandeling biedt de Wet Bopz mogelijkheden voor kortdurende dwang ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties: de zogeheten ‘middelen en maatregelen’. Een belangrijk verschil met dwangbehandeling is dat het zorgplan op dat moment niet toereikend is, waardoor buiten het zorgplan om bepaalde middelen moeten worden ingezet. Volgens het ‘Besluit middelen en maatregelen’ kunnen vijf middelen in (dreigende) noodsituaties voor ten hoogste zeven achtereenvolgende dagen worden toegepast. Het gaat om afzondering (1), separatie (2), fixatie (3), gedwongen medicatie (4) en gedwongen voeding of vocht (5). Deze middelen hebben op dat moment een beveiligingskarakter en geen therapeutisch doel, wat wel het geval is bij dwangbehandeling. Na de periode van zeven dagen moet het zorgplan, indien mogelijk met instemming van de cliënt of de vertegenwoordiger van de cliënt, worden aangepast. Wanneer geen instemming wordt verkregen maar het middel of maatregel nog steeds noodzakelijk is kan het eventueel als vorm van dwangbehandeling worden voortgezet, door het op te nemen in het zorgplan van de cliënt. Ook dan moet worden getoetst aan de eis van ‘volgestrekte noodzakelijkheid’.

Door het opnemen in het zorgplan als dwangbehandeling is het mogelijk dat de vijf vormen van middelen of maatregelen met enige regel-

maat toch therapeutisch worden ingezet. Het lastige van dwangbehandeling is echter dat de Wet Bopz geen maximale termijn kent, maar in artikel 56 enkel voorschrijft dat de Bopz-arts het zorgplan iedere maand moet bijhouden.

3.1.4 *Beperkingen in de bewegingsvrijheid, post, telefoonverkeer en bezoek*

De Wet Bopz kent ook de mogelijkheid een beperking in de bewegingsvrijheid, of beperkingen in post, telefoonverkeer of bezoek vast te leggen in het zorgplan van een individuele cliënt. Dergelijke beperkingen zijn uitsluitend mogelijk wanneer door de uitoefening van het recht op bewegingsvrijheid, post, bezoek of telefoonverkeer ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de gezondheid van de cliënt, of wanneer deze beperkingen noodzakelijk zijn voor het voorkomen van verstoring van de orde binnen de instelling of het begaan van strafbare feiten. Voor cliënten die zijn opgenomen met een artikel-60-machtiging (deze cliënten verzetten zich niet, maar stemmen ook niet met de opname in) geldt dat alleen een beperking in de bewegingsvrijheid is toegestaan. Beperkingen in het telefoonverkeer, post en bezoek zijn bij categorie cliënten niet toegestaan, maar mogen alleen worden opgelegd aan cliënten die zijn opgenomen via een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling

3.1.5 *Huisregels*

Tot slot kunnen zorgaanbieders op grond van de Wet Bopz huisregels in stellen. Huisregels mogen uitsluitend worden vastgesteld voor zo ver ze noodzakelijk zijn voor het handhaven van de algemene dagelijkse orde binnen een locatie. Huisregels hebben dan ook een algemeen karakter, en kunnen daarmee niet

betrekking hebben op een individuele cliënt. Anders dan de individuele beperkingen als dwangbehandeling en middelen of maatregelen gelden huisregels voor alle cliënten die binnen de instelling verblijven, ongeacht of de opname vrijwillig of onvrijwillig is.

3.1.6 *Voorwaarden voor toepassing*

In de Wet Bopz is te lezen dat dwangbehandeling *volstrekt noodzakelijk* moet zijn voordat een hulpverlener over mag gaan tot toepassing ervan. Gedurende de jaren dat de Wet Bopz in werking is, is deze voorwaarde, mede ingegeven door jurisprudentie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, nader ingevuld. Wanneer toepassingen van dwangbehandeling door de Inspectie voor de Gezondheidszorg of de rechter getoetst worden, wordt gekeken of is voldaan aan drie rechtsbeginselen: proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. De proportionaliteitsvereiste betekent dat er een redelijke verhouding tussen het doel en het middel moet zijn. Subsidiariteit houdt in dat steeds het minst ingrijpende alternatief moet worden gekozen. Doelmatigheid betekent dat een vrijheidsbeperkende maatregel niet langer mag duren dan noodzakelijk. Hoewel deze beginselen belangrijke toetscriteria vormen voor het toepassen van dwangbehandeling, worden ze niet expliciet genoemd in de Wet Bopz. Ook voor het toepassen van middelen of maatregelen worden de criteria niet expliciet genoemd. De Wet Bopz merkt alleen op dat middelen of maatregelen uitsluitend aan de orde kunnen zijn ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties. En ook bij beperkingen in de bewegingsvrijheid, post, telefoonverkeer en bezoek of het opstellen van huisregels staan de criteria niet expliciet genoemd in de Wet Bopz. In het

ontbreken van de criteria proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit in de Wet Bopz schuilt echter het gevaar dat voorafgaand aan het toepassen van vrijheidsbeperkingen niet, of niet voldoende, aan deze drie belangrijke criteria wordt getoetst, waardoor de beperking mogelijk niet voldoende afgestemd wordt op de concrete situatie. Deze bevinding wordt onderstreept door recente jurisprudentie,⁷ waarin de rechter expliciet uitsprekt dat voor het zorgvuldig toepassen van vrijheidsbeperkingen ook in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking aan de drie criteria getoetst moet worden. Uit jurisprudentie blijkt ook dat de rechter invulling geeft aan de in de Wet Bopz eveneens ontbrekende evaluatietermijn voor vrijheidsbeperkingen in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. De rechter acht voor ingrijpende vrijheidsbeperkingen als fixatie of afzondering een evaluatietermijn van minimaal eens per drie maanden aangewezen. Deze termijn komt overeen met de termijn voor het evalueren van vrijheidsbeperkingen in de psychiatrie, die wél in de Wet Bopz is vastgelegd. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg hamert op regelmatige evaluaties van vrijheidsbeperkingen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2008) zo blijkt bijvoorbeeld uit de rapporten naar aanleiding van bezoeken aan instellingen, tijdens welke expliciet getoetst wordt of een maatregel minstens twee keer per jaar multidisciplinair wordt geëvalueerd.

Aan het uitvoeren van vrijheidsbeperkingen wordt door de Wet Bopz ook een verplichting

verbonden die nog vaak wordt vergeten.⁸ Volgens de Wet Bopz moet de cliënt en/of de vertegenwoordiger - zo mogelijk - voorafgaand aan iedere toepassing van vrijheidsbeperking worden geïnformeerd over de gronden waarop de beslissing om vrijheidsbeperking toe te passen berust, over de mogelijkheid een patiëntvertrouwenspersoon in te schakelen⁹ en over de mogelijkheid een klacht over de toepassing van vrijheidsbeperking in te dienen. Naast deze eisen zijn er in de Wet Bopz geen waarborgen te vinden over het uitvoeren van in het zorgplan opgenomen vrijheidsbeperkingen. In het Besluit middelen en maatregelen Bopz wordt in de toelichting uitsluitend nog opgemerkt dat goede zorg met zich brengt dat bij afzondering wordt voorzien in doorlopend toezicht. Hoewel in de praktijk een en ander uitgewerkt is rondom de eisen aan het uitvoeren van vrijheidsbeperkingen, blijft hetgeen de wetgever in de Wet Bopz heeft vastgelegd voor de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking zeer summier. De evaluatietermijn, wie vrijheidsbeperkingen mag uitvoeren, wie de beslissingen over vrijheidsbeperkingen neemt, aan welke criteria moet worden getoetst en of en hoe in toezicht

⁸ Rechtbank Oost-Brabant 20 maart 2015, C/01/289276/FA RK 15-432, mt. nt. B.J.M. Frederiks en M. Vermaak; Rechtbank Gelderland 10 november 2015, ECLI:NL:RBGEL:2015:7657, mt. nt. T.P. Widdershoven; Rechtbank Limburg, 20 maart 2015, ECLI:NL:RBLIM:2015:3098, mt. nt. T.P. Widdershoven.

⁹ De verplichting de cliënt te informeren over de mogelijkheid een patiëntvertrouwenspersoon in te schakelen geldt voor cliënten in de psychiatrie, psychogeriatric en zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Dat is opvallend, gelet op het feit dat het aanstellen van een patiëntvertrouwenspersoon in de psychogeriatric en zorg aan mensen met een verstandelijke beperking niet verplicht is.

⁷ Rechtbank Oost-Brabant 20 maart 2015, C/01/289276/FA RK 15-432, mt. nt. B.J.M. Frederiks en M. Vermaak.

Tabel 2: vrijheidsbeperking volgens de Wet Bopz

	Dwangbehandeling (artikel 38)	Beperkingen Artikel 40 Wet Bopz lid 1 – 3	Noodsituatie: mid-delen of maatregelen (artikel 39)	Huisregels (artikel 3 Besluit rechtsposi-tieregelen Bopz)
Vormen	De wet Bopz werkt dit begrip niet uit, feitelijk dus alle zorg die in het zorgplan is opgenomen	beperkingen post beperkingen bezoek (tenzij advocaat en cvp) beperkingen telefoon beperkingen bewegings-vrijheid	- Fixatie - Afzondering - Gedwongen voeding/vocht - Gedwongen medicatie - Separatie	Wet Bopz noemt mogelijke vormen niet maar wel omschrijving: ordelijke gang van zaken
Voorwaarden	Onvrijwillige opname (RM, IBS of artikel 60) Vormen moeten in zorgplan zijn opgenomen (uitgangspunt is overeenstemming over) of er kan helemaal geen overeenstemming zijn	Onvrijwillige opname (RM, IBS of artikel 60) NB. Beperkingen post, telefoon alleen bij RM en IBS	Onvrijwillige opname (RM, IBS, of artikel 60)	Bij zowel vrijwillig als onvrijwillig opgenomen cliënten Indien cliënt zich niet houdt aan huisregels: in zorgplan regelen Uitzonderingen en aanvullingen op ook in zorgplan
	Gevaar voor zichzelf of voor een ander (door beperking)	Ernstig nadeel cliënt/orde binnen instelling	Gevaar voor zichzelf of voor een ander (door beperking)	Noodzakelijk voor orde binnen instelling
	Cliënt: geen toestemming of verzet zich	Cliënt: geen toestemming of verzet zich	Cliënt: geen toestemming of verzet zich	Gelden algemeen, niet gericht op individu
	Geen maximum termijn	Geen maximum termijn	Maximaal 7 dagen	
	Aanvang en beëindiging melden aan Inspectie		Aanvang en beëindiging melden aan Inspectie	
	Volstrekt noodzakelijk, in de praktijk ingevuld door proportioneel, subsidair en effectief	Noodzakelijk, in de praktijk ingevuld door proportioneel, subsidair en effectief	Noodzakelijk ter overbrugging tijdelijke noodsituatie, in de praktijk ingevuld door proportioneel, subsidair en effectief	
	Cliënt informeren over gronden beslissing, mogelijkheid indienen klacht en bijstand cliënt-vertrouwenspersoon	Cliënt informeren over gronden beslissing, mogelijkheid indienen klacht en bijstand cliënt-vertrouwenspersoon	Cliënt informeren over gronden beslissing, mogelijkheid indienen klacht en bijstand cliënt-vertrouwenspersoon	

moet worden voorzien bij andere vormen van vrijheidsbeperkingen dan afzondering wordt door de wetgever overgelaten aan praktijk, de Inspectie en jurisprudentie.

3.1.7 *Kritiek op (smal) begrip vrijheidsbeperking in Wet Bopz*

Sinds de inwerkingtreding in 1994 is de Wet Bopz verschillende keren geëvalueerd. Tijdens de tweede evaluatie, in 2002, is de uitvoering van de Wet Bopz in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatric uitbreid aan bod gekomen. De evaluatiecommissie plaatste de nodige kanttekeningen bij de toepassing van de Wet Bopz in deze sectoren. Na de tweede wetsevaluatie is de wet nog twee keer geëvalueerd, in 2007 en 2010. Tijdens deze evaluaties zijn de sectoren zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatric niet meer meegenomen, omdat de gedachte op dat moment was dat vervanging van de Wet Bopz door de Wet zorg en dwang aanstaande was. In de navolgende paragrafen worden twee al in de tweede evaluatie van de Wet Bopz genoemde bijzonderheden van de Wet Bopz behandeld: vrijheidsbeperkingen worden beperkt ondervangen door Wet Bopz (1) en de Wet Bopz kijkt door haar beperkte reikwijdte uitsluitend naar vrijheidsbeperkingen die plaatsvinden binnen een instelling of locatie met Bopz-aanmerking (2).

3.1.8 *Veel vrijheidsbeperkingen buiten de reikwijdte van de Wet Bopz*

De tweede evaluatiecommissie van de Wet Bopz (Arends, Blankman en Frederiks, 2002) concludeerde in haar rapport in 2002 dat de veel vormen van vrijheidsbeperking die in de praktijk van de zorg aan mensen met een

verstandelijke beperking worden toegepast buiten de reikwijdte van de Wet Bopz vallen. De onderzoekers wezen bijvoorbeeld op de in de praktijk veel gebruikte ‘pedagogische maatregel’ en diverse beperkingen en afspraken die niet direct onder beperkingen in de bewegingsvrijheid vallen. Het gaat dan ook veelal om op het eerste gezichtspunt kleine beperkingen, die echter grote gevolgen kunnen hebben voor de keuzevrijheid van een cliënt. Ook Frederiks concludeerde in haar proefschrift dat er naast de in de Wet Bopz beschreven wettelijke categorieën nog vele andere maatregelen mogelijk zijn die de vrijheid van cliënten beperken [Frederiks, 2004]. Redenen voor de beperkte ondervanging van vrijheidsbeperkingen door de Wet Bopz zijn het ontbreken van een overkoepelende definitie van vrijheidsbeperking en de beperkte omschrijving van categorieën van vrijheidsbeperking in de Wet Bopz. Ook dateert de Wet Bopz uit 1994, waardoor beperkingen in computergebruik, sociale media, of beperkingen door toezichthoudende of bewegingsvrijheidsbeperkende domotica (elektronische hulpmiddelen) niet in de wet zijn meegenomen. Het ontbreken van een wettelijke grondslag voor vrijheidsbeperkingen die niet binnen de Wet Bopz passen verhindert de praktijk echter niet de toepassing ervan: ook vrijheidsbeperkingen die niet onder de Wet Bopz te scharen zijn worden in de praktijk toegepast. Hierbij wordt veelal geen onderscheid gemaakt tussen onvrijwillig en vrijwillig opgenomen cliënten, terwijl Bopz-vrijheidsbeperkingen uitsluitend bij onvrijwillig opgenomen cliënten mogen worden toegepast. Deze discrepantie tussen wet en praktijk heeft er toe geleid dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en-

kele jaren geleden afstand nam van de smalle opvatting van vrijheidsbeperkingen in de Wet Bopz, door voortaan een overkoepelende en ruime definitie van vrijheidsbeperking te hanteren: “alle maatregelen (verbaal of fysiek) die de vrijheden van cliënten beperken” [IGZ, 2008]. Volgens de IGZ is een voordeel van een brede definitie en een ruimere reikwijdte van vrijheidsbeperkingen dan de Wet Bopz dat hulpverleners transparant handelen en zich veel beter realiseren welke maatregelen leiden tot het beperken van de vrijheid [IGZ, 2007]. Ondanks de brede opvatting van vrijheidsbeperking van de Inspectie kent de Wet Bopz zelf echter nog steeds geen definitie van vrijheidsbeperkingen. Ook blijft de Wet Bopz de in de praktijk toegepaste vrijheidsbeperkingen slechts gedeeltelijk ondervangen, waarmee de discrepantie tussen wet en praktijk voorslagnog blijft voortbestaan en cliënten niet altijd worden beschermd door de waarborgen van de Wet Bopz.

3.1.9 *Beperkte reikwijdte*

De Wet Bopz is uitsluitend van toepassing binnen woonlocaties die van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een Bopz-aanmerking hebben gekregen.

Binnen locaties met een Bopz-aanmerking is de Wet Bopz vervolgens uitsluitend van toepassing op cliënten die daar op grond van een rechterlijke machtiging, inbewaringstelling of besluit van het CIZ – onvrijwillig – zijn opgenomen. In de tweede evaluatie van de Wet Bopz in 2002 werd echter opgemerkt dat ook buiten locaties met Bopz-aanmerking, bijvoorbeeld in woonlocaties zonder Bopz-aanmerking of binnen dagbestedinglocaties,

vrijheidsbeperkingen bij cliënten worden toegepast. Ook komen vrijheidsbeperkingen voor bij cliënten die vrijwillig in een Bopz-locatie zijn opgenomen. Voor deze vrijheidsbeperkingen biedt de Wet Bopz geen grondslag, en deze zijn dan ook strikt genomen niet toegestaan. Bovendien zijn de waarborgen van de Wet Bopz niet op deze vrijheidsbeperkingen van toepassing. Doordat de Wet Bopz alleen kijkt naar vrijheidsbeperkingen die bij cliënten met een Bopz-opnametitel binnen een Bopz-locatie worden toegepast valt een heel groot deel van de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking buiten de reikwijdte van de Wet Bopz.

3.2 *De Wet zorg en dwang: onvrijwillige zorg*

3.2.1 *Het onvrijwillige zorg-begrip*

Onder onvrijwillige zorg wordt in de Wet zorg en dwang verstaan: alle zorg waarmee een cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemmen, of waartegen de cliënt zich verzet. De Wet zorg en dwang regelt de juridische kaders waarbinnen zorgverleners onvrijwillige zorg mogen toepassen aan mensen met een verstandelijke beperking.

3.2.2 *Vormen van onvrijwillige zorg*

Hoewel in de praktijk, met name door de inzet van IGZ, al een brede definitie van vrijheidsbeperking werd gebezigd, wordt met de inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang en het begrip ‘onvrijwillige zorg’ ook in wetgeving een brede definitie van vrijheidsbeperking neergelegd. De Wet zorg en dwang wijkt daarmee sterk af van de Wet Bopz, waarin immers een definitie van vrijheidsbeperking ontbreekt. De wetgever wil er voor zorgen dat alle uiteenlopende toepassingen van vrijheidsbeperkingen in de zorg aan mensen met een ver-

standelijke beperking onder het begrip onvrijwillige zorg – en daarmee onder de Wet zorg en dwang – vallen. Ook wil de wetgever een einde maken aan de in de dagelijkse praktijk gevoerde discussies over wat nu wel, en wat geen vrijheidsbeperking is. Daarom neemt de wetgever in de Wet zorg en dwang vijf limitatieve categorieën van onvrijwillige zorg op, die volgens de wetgever de uiteenlopende vormen van vrijheidsbeperkingen en gedwongen zorg in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking omvatten: het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening (1); het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan (2); maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt (3); maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden (4); beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten (5). De in de zomer van 2016 aan de Tweede Kamer aangeboden tweede nota van wijziging bij de Wet verplichte ggz¹⁰ bevat aanpassingen voor deze categorieën van onvrijwillige zorg. Wanneer deze nota wordt aangenomen bevat de Wet zorg en dwang niet vijf, maar negen categorieën van onvrijwillige zorg (tabel 3), zodat de categorieën van onvrijwillige zorg meer overeenkomen met de in het wetsvoorstel Wet verplichte ggz opgenomen categorieën van ‘verplichte zorg’ (de term die in de Wet verplichte

ggz wordt gebruikt voor alle vormen van zorg waar een patiënt zich tegen verzet). Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de wens om de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz, onder meer vanwege sector overstijgende problematiek, beter op elkaar te laten aansluiten (Legemaate et al, 2014). De voor de Wet zorg en dwang nieuwe categorieën ‘insluiten’, ‘onderzoeken aan kleding of lichaam’ en ‘onderzoek aan kleding of lichaam’ en ‘onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen’ zijn overgenomen uit het wetsvoorstel Wet verplichte ggz.

Het uitgangspunt blijft, net als onder de Wet Bopz, dat alleen die zorg mag worden verleend waarmee de cliënt of vertegenwoordiger – wanneer de cliënt niet wilsbekwaam ter zake is – heeft ingestemd en die in het zorgplan van een cliënt wordt opgenomen. Wanneer een cliënt zich tegen een vorm van zorg verzet – ook al is deze besproken met vertegenwoordiger en/of cliënt en in het zorgplan opgenomen – mag deze vorm van zorg niet (meer) worden toegepast. Alleen wanneer wordt voldaan aan de voorwaarden voor onvrijwillige zorg mag de vorm van zorg worden toegepast. Wat precies onder de voorgestelde categorieën van onvrijwillige zorg moet worden verstaan is nog niet in alle gevallen even duidelijk. Zo is de term ‘insluiten’ (nog) niet gebruikelijk in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en is vooralsnog onduidelijk wat de wetgever daar precies mee bedoelt. Hoe verhoudt deze term zich bijvoorbeeld tot beperkingen in de bewegingsvrijheid (tabel 3)? Daarnaast lijkt de categorie ‘beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten’ alle beperkingen in de keuzes

¹⁰ *Kamerstukken II 2015/16, 32 399, 25.*

Tabel 3: vormen van onvrijwillige zorg volgens de Wet zorg en dwang

Vormen van onvrijwillige zorg	
Wet zorg en dwang 2013	Wet zorg en dwang na Tweede nota van wijziging
Het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening	Toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening
Het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan	Beperken van de bewegingsvrijheid
Maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt	Insluiten
Maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden	Uitoefenen van toezicht op betrokkene
Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten	Onderzoek aan kleding of lichaam
	Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen
	Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen
	Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen
	Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

van de cliënt - van kleine keuzes over bijvoorbeeld eten en drinken, tot grotere keuzes op het gebied van wonen of dagbesteding - te omvatten. In beginsel lijkt zelfs iedere inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht van een cliënt te scharen zijn onder deze categorie van onvrijwillige zorg,

waardoor het de vraag is of deze categorie een restcategorie is of juist alle andere categorieën kan vervangen. Nu de wetgever de categorieën nog niet nader heeft toegelicht of ingevuld, wordt de verdere uitwerking van de categorieën vooraansnog overgelaten aan de praktijk.

3.2.3 Voorwaarden voor onvrijwillige zorg

Net als in de Wet Bopz is het uitgangspunt in de Wet zorg en dwang dat in overleg met een cliënt of zijn vertegenwoordiger vrijwillige zorg aan een cliënt wordt verleend. In bepaalde situaties kan daarentegen – wanneer aan de daarvoor in de Wet zorg en dwang opgenomen voorwaarden is voldaan – onvrijwillige zorg worden verleend. Onvrijwillige zorg is alleen toegestaan als uiterste redmiddel (*'ultimum remedium'*), wanneer de cliënt zich tegen een bepaalde vorm van zorg verzet, maar met die zorg ernstig nadeel voor de cliënt of een derde kan worden voorkomen of worden beëindigd. Ernstig nadeel vervangt de in de Wet Bopz genoemde voorwaarde van 'gevaar' voor zichzelf of een ander. Volgens de wetgever wordt deze voorwaarde te vaak uitgelegd als levensgevaar, terwijl noodzakelijk ingrijpen ook al aan de orde kan zijn in situaties waarin van levensgevaar (nog) geen sprake is. Door het gevaarcriterium te vervangen door ernstig nadeel wil de wetgever bewerkstelligen dat daadwerkelijk wordt ingegrepen in die situaties waarin dat, gelet op het nadeel dat cliënten of derden kunnen oplopen, noodzakelijk is. Of zich een dergelijke situatie voordoet moet volgens de wetgever worden bepaald in een multidisciplinair overleg. Aan dit overleg moet in ieder geval de zorgverantwoordelijke van de cliënt en een deskundige van een andere discipline deelnemen. Wanneer er gedwongen voeding, vocht, medicatie of een beperking in de bewegingsvrijheid wordt overwogen moet de aan het overleg deelnemende deskundige een arts zijn. Voordat in dit deskundigenoverleg kan worden besloten tot het opnemen van een vorm van onvrijwillige zorg in het zorgplan, moet worden getoetst aan de zorgvuldigheidseisen proportionaliteit,

subsidiariteit en effectiviteit, die in de Wet zorg en dwang (in tegenstelling tot in de Wet Bopz) wel nadrukkelijk worden genoemd. Wanneer aan alle voorwaarden wordt voldaan mag een vorm van onvrijwillige zorg worden opgenomen in het zorgplan van een cliënt. Tijdens regelmatige multidisciplinaire overleggen (in eerste instantie om de drie maanden) moet steeds worden geëvalueerd of de vorm van onvrijwillige zorg in het zorgplan blijft staan, of dat inmiddels kan worden volstaan met een minder ingrijpend of vrijwillig alternatief. De zorgverantwoordelijke (de door de zorgaanbieder aangewezen verantwoordelijke voor alle aan de cliënt verleende zorg) moet, wanneer er zes maanden zijn verstreken sinds de opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan en evaluaties nog niet hebben geleid tot het opheffen van de onvrijwillige zorg, een externe deskundige inschakelen die over de situatie kan adviseren. Anders dan in de Wet Bopz verbindt de wetgever in de Wet zorg en dwang expliciet voorwaarden aan het uitvoeren voor een vorm van onvrijwillige zorg. Voordat kan worden toegekomen aan het uitvoeren van de in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg (zoals hiervoor beschreven) moet eerst nog worden bepaald of het in het zorgplan omschreven ernstig nadeel zich daadwerkelijk voordoet, of zich dreigt voor te doen. Daarnaast moet opnieuw worden getoetst aan de criteria proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit, en moet worden onderzocht of er voldoende toezicht kan worden gehouden tijdens het uitvoeren van de vorm van onvrijwillige zorg. De zorgverlener moet – zo mogelijk – voorafgaand aan de eerste toepassing van de onvrijwillige zorg de cliënt en/of de vertegenwoordiger informeren over de voorgenomen toepassing.

Niet langer verplicht is het om de cliënt en/of de vertegenwoordiger te informeren over de gronden voor de onvrijwillige zorg, de mogelijkheid naar de cliëntvertrouwenspersoon te gaan of een klacht in te dienen.

3.3 Bijzonderheden van de Wet zorg en dwang

3.3.1 Loskoppeling opname en onvrijwillige zorg

De Wet Bopz is uitsluitend van toepassing op cliënten die met een rechterlijke machtiging, inbewaringstelling of besluit van het CIZ - onvrijwillig - in een Bopz-locatie zijn opgenomen. Ook de in de Wet Bopz omschreven vormen van vrijheidsbeperking zijn uitsluitend bij deze cliënten toegestaan. Het is de bedoeling dat deze koppeling tussen opname en vrijheidsbeperkingen met de inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang komt te vervallen. De wetgever beoogt dat na inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang de juridische status van een cliënt geen invloed heeft op de mogelijke toepassingen van onvrijwillige zorg. De waarborgen en strenge voorwaarden voor onvrijwillige zorg in de Wet zorg en dwang zijn dan ook van toepassing op alle cliënten die met onvrijwillige zorg worden geconfronteerd. De rechtsbescherming van de groep cliënten die momenteel buiten de Wet Bopz valt wordt daarmee versterkt. Hoewel het oorspronkelijk de bedoeling was dat na de loskoppeling van opname en onvrijwillige zorg ook in de thuissituatie onvrijwillige zorg toegepast zou kunnen worden lijkt het er sinds het verschijnen van de tweede nota van wijziging voor de Wet verplichte ggz op dat de mogelijkheid tot het toepassen van onvrijwillige zorg toch wordt beperkt tot 'accommodaties' van instellingen, zoals woonlocaties en dagbestedingslocaties. Dit betekent dat er toch

sprake blijft van enige koppeling tussen de verblijfslocatie van de cliënt en het toepassen van onvrijwillige zorg. Vooralsnog biedt de wetgever hier echter nog geen uitsluitel over.

3.3.2 Twee bijzondere categorieën

Van onvrijwillige zorg zoals bedoeld in de in de Wet zorg en dwang opgenomen vijf categorieën is sprake wanneer de cliënt zich tegen de vorm van zorg verzet, maar de zorg – na toetsing aan de strenge criteria – toch wordt toegepast. Er zijn echter in de Wet zorg en dwang twee vormen van zorg opgenomen die volgens de voorwaarden van onvrijwillige zorg in het zorgplan moeten worden opgenomen en moeten worden toegepast, óók wanneer de vertegenwoordiger er mee heeft ingestemd of de cliënt zich niet expliciet verzet. Het gaat om gedragsmedicatie die buiten de richtlijnen wordt toegepast ('off-label psychofarmaca') en beperkingen in de bewegingsvrijheid. Om de cliënt tegen deze ingrijpende vormen van zorg te beschermen wil de wetgever dat deze vormen volgens de voorwaarden van onvrijwillige zorg worden toegepast, ook wanneer de cliënt er niet expliciet mee in stemt, maar zich er ook niet tegen verzet. Wanneer de tweede nota van wijziging wordt aangenomen worden de twee bijzondere vormen van zorg aangevuld met een derde vorm: insluiting.

3.3.3 Geen differentiatie en pedagogische maatregel

De voorwaarden (zoals alternatievenafweging, proportionaliteit, subsidiariteit, effectiviteit, eerst driemaandelijks overleg, externe deskundigheid, verantwoord toezicht) voor het toepassen van onvrijwillige zorg zijn onverminderd van toepassing op alle verschillende

categorieën van onvrijwillige zorg: in de voorwaarden wordt geen rekening gehouden met de vorm van onvrijwillige zorg die aan de orde is, de leeftijd of het bevattingsvermogen van een cliënt. De Wet zorg en dwang bevat geen differentiatie of hiërarchie tussen verschillende categorieën van onvrijwillige zorg: op het opnemen en uitvoeren van alle verschillende vormen van onvrijwillige zorg zijn dezelfde voorwaarden van toepassing. Met het ontbreken van een hiërarchie of differentiatie in de vormen van onvrijwillige zorg en de toepassingsvoorwaarden wil de wetgever iedere cliënt gelijke bescherming bieden, met welke vorm van onvrijwillige zorg een cliënt ook te maken krijgt. Ook op de in de dagelijkse praktijk regelmatig toegepaste pedagogische maatregel zijn geen aparte voorwaarden van toepassing. Een pedagogische maatregel valt, wanneer de cliënt zich verzet, dus feitelijk onder de categorie 'beperkingen van de vrijheid het eigen leven in te richten', en moet daarmee voldoen aan de aan onvrijwillige zorg verbonden voorwaarden.¹¹

3.4 *Tussenconclusie*

De juridische analyse laat zien dat met het onvrijwillige zorg-begrip een breed en overkoepelend begrip van vrijheidsbeperkingen wordt geïntroduceerd, dat beter aansluit op de zorgpraktijk dan de beperkte opvatting van vrijheidsbeperking in de Wet Bopz. Met het opnemen van de zorgvuldigheidseisen proportionaliteit, effectiviteit en doelmatigheid krijgen deze al in de praktijk gehanteerde eisen een wettelijke basis. De wet geeft daarmee duidelijke handvatten voor het toetsen van onvrijwil-

lige zorg. Verder stuurt de Wet zorg en dwang meer dan de Wet Bopz aan op multidisciplinair werken. Hoewel multidisciplinair werken of overleg in feite niet nieuw is, is een wettelijke grondslag van deze verplichting dat wel. Ook nieuw is dat de Wet zorg en dwang voor sommige vormen van onvrijwillige zorg bepaalt dat in ieder geval een arts betrokken moet worden bij het multidisciplinair overleg. De wet bevat hiermee een vergaande verplichting, die zonder meer in concreet beleid van zorgaanbieders kan worden opgenomen. Anders dan deze verplichting behoeven het begrip onvrijwillige zorg en de daaraan verbonden algemene zorgvuldigheidseisen nog wel enige vertaling naar de praktijk. Dit was dan ook onderwerp van de empirische studies, waarvan in het navolgende verslag wordt gedaan.

4 **Resultaten uit de praktijk: het begrip onvrijwillige zorg**

4.1 *Inleiding*

In de volgende paragrafen worden de resultaten uit het empirisch onderzoek beschreven, waarvoor twee onderzoeksmethoden (focusgroepen en Delphi-methode) zijn ingezet. In de paragrafen wordt eerst verslag gedaan van de tijdens de focusgroepen gevoerde discussie en genoemde knelpunten over een bepaald aspect of gevolg van onvrijwillige zorg, waarna de (eventuele) oplossingen en werkwijzen zoals die naar voren zijn gekomen tijdens de Delphi-methode worden genoemd.

4.2 *Reikwijdte en zorgvuldigheidseisen onvrijwillige zorg*

Ter vertaling van het begrip onvrijwillige zorg naar de praktijk zijn tijdens de focusgroepen eerst de reikwijdte en de aan het uitvoeren

¹¹ Zie bijvoorbeeld: *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 38.*

van onvrijwillige zorg verbonden zorgvuldigheidseisen besproken. In beginsel bepaalt de wet deze aspecten, maar hoe kijken medewerkers in de praktijk hiernaar? Zijn het begrip en de zorgvuldigheidseisen toepasbaar in de dagelijkse praktijk? Geeft de wet voldoende zorgvuldigheidseisen voor onvrijwillige zorg? En, welke mogelijke knelpunten voorzien de medewerkers bij het toepassen van onvrijwillige zorg volgens de wet in de praktijk? Zowel de reikwijdte als de zorgvuldigheidseisen leverden tijdens de focusgroepen veel discussie en vragen op.

De deelnemers waren positief gestemd over de brede opvatting van vrijheidsbeperking en gedwongen zorg die met het begrip onvrijwillige zorg een wettelijke basis krijgt. Sommigen vonden de reikwijdte van het begrip echter wel wat ver gaan, en stelden dat hiermee het einde zoek raakt: *“alles is straks onvrijwillige zorg”*. Ook voorzagen sommigen een grote administratieve last, waardoor onvrijwillige zorg niet goed uit te voeren is in de drukke zorgpraktijk. Anderen zagen daarentegen juist mogelijkheden om veel duidelijker af te bakenen (dan nu) wat wel en niet vrijheidsbeperking of gedwongen zorg volgens de wet is, en aan welke zorgvuldigheidseisen vervolgens al dan niet moet worden voldaan. Volgens deze deelnemers is een groot voordeel dat straks overal (ook buiten Bopz-locaties) een wettelijk kader geldt dat regels verbindt aan het toepassen van vrijheidsbeperkingen en gedwongen zorg. Tijdens de Delphi-methode is de deelnemers vervolgens gevraagd welke concrete aanvullingen zij (eventueel) op de zorgvuldigheidseisen voor onvrijwillige zorg hebben.

De resultaten van de Delphi-methode laten zien dat de visies van de deelnemers ten aanzien van het toepassen van onvrijwillige zorg uiteen lopen. Een deel van de deelnemers kan goed uit de voeten met de in de wet genoemde algemene zorgvuldigheidseisen (ernstig na-deel, proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid) terwijl anderen cliëntgebonden aspecten - zoals het voorafgaand aan het toepassen van onvrijwillige zorg rekening houden met leeftijd en niveau - missen. Volgens sommige deelnemers moet, in aanvulling op de wet, rekening worden gehouden met de context (bijvoorbeeld de locatie) en cliëntkenmerken (zoals leeftijd of niveau) bij het uitvoeren van onvrijwillige zorg. In aanvulling op de wet hebben de deelnemers consensus bereikt over mee te wegen aspecten bij het kiezen en het uitvoeren van een vorm van onvrijwillige zorg. Het gaat om:

- de mate van zelfredzaamheid van een cliënt mee te wegen,
- de ontwikkelingsleeftijd van een cliënt mee te wegen, en
- de mogelijke reactie van een cliënt op de vorm van onvrijwillige zorg vooraf in te schatten.

Door met deze aspecten rekening te houden, of (in ieder geval) over deze aspecten na te denken, voorafgaand aan het toepassen van onvrijwillige zorg, kan volgens de deelnemers het best worden aangesloten op individuele cliënten. Hierdoor, zo beogen de deelnemers, ondervindt de cliënt zo min mogelijk (beperkende) last van de gekozen vorm van onvrijwillige zorg. Tevens kan hierdoor volgens de deelnemers worden voorkomen dat de vorm van onvrijwillige zorg onverwachte en onge-

wenste reacties oproept van de cliënt, en wordt zo min mogelijk inbreuk gemaakt op het leven van de cliënt. Met deze aanvullende zorgvuldigheidseisen wordt derhalve invulling gegeven aan de toepassing van onvrijwillige zorg in de praktijk, binnen het kader van de Wet zorg en dwang.

4.3 Gevolgen van onvrijwillige zorg cliënten in groepsverband

Hoewel het uitvoeren van onvrijwillige zorg altijd betrekking moet hebben op een individuele cliënt kan onvrijwillige zorg ook – onbedoeld – invloed hebben op andere cliënten binnen een groep, dan de cliënt waarvoor de onvrijwillige zorg bedoeld is. Het op slot doen van een keukenkast, regels omtrent tv-gebruik of apart moeten eten zijn voorbeelden van (mogelijke) vormen van onvrijwillige zorg waarvan de gevolgen verder kunnen reiken dan een individu. De deelnemers stelden tijdens de focusgroepen dan ook vast dat het samenwonen en/of eten van cliënten in groepen, of het gezamenlijk hebben van dagbesteding, in beginsel een vrijheidsbeperkend karakter heeft. Een meerderheid van de deelnemers achtte echter de invloed van bepaalde vormen van onvrijwillige zorg op andere cliënten dan waarvoor de onvrijwillige zorg wordt toegepast in sommige gevallen dusdanig, dat ook bij die andere cliënten sprake is van onvrijwillige zorg in de zin van de Wet zorg en dwang. Volgens de deelnemers moet in die gevallen ook voor de andere cliënten getoetst worden aan de voorwaarden voor onvrijwillige zorg, voordat de betreffende vorm van onvrijwillige zorg kan worden toegepast. Dankzij deze aanvullende toetsing kan rekening worden gehouden met de cliënten die (onbedoeld) kunnen worden geconfron-

teerd met onvrijwillige zorg voor een andere cliënt. Tijdens de Delphi-methode gaven de deelnemers aan dat ook voorkomen kan worden dat sprake is van onvrijwillige zorg voor andere cliënten, wanneer er steeds zorg voor wordt gedragen dat de cliënten voor wie een maatregel niet bedoeld is, ook daadwerkelijk niet door de maatregel worden beperkt. Het moet volgens de deelnemers onderdeel van het (standaard)beleid worden dat cliënten niet (onbedoeld) worden geraakt door vormen van onvrijwillige zorg die niet voor hen bedoeld zijn. Oftewel: begeleiders dienen er samen voor te zorgen dat voor de overige cliënten de onvrijwillige zorg wordt ‘omzeild’. Een voorbeeld van het omzeilen van een individueel geldende maatregel die impact kan hebben op een hele groep is het aanbieden van een koelkastje aan cliënten wanneer de keukendeur of koelkastdeur binnen de woning op slot moet voor één cliënt. Volgens de deelnemers is het van belang dat begeleiders zich bewust zijn van de (mogelijke) impact van individuele vormen van onvrijwillige zorg voor andere cliënten, en moet daar standaard naar worden gekeken bij het uitvoeren van onvrijwillige zorg. Volgens de deelnemers moeten begeleiders er (actief) voor zorgen dat vormen van onvrijwillige zorg daadwerkelijk geen (beperkende) invloed hebben op cliënten voor wie de vorm van onvrijwillige zorg niet bedoeld is. Volgens de deelnemers moet deze toetsing onderdeel zijn van standaard beleid. Alleen wanneer begeleiders zich bewust zijn van de (mogelijke) impact van individuele vormen van onvrijwillige zorg voor andere cliënten, en cliënten op geen enkele wijze worden beperkt door die andere vormen van onvrijwillige zorg, is volgens de deelnemers geen sprake van onvrijwillige zorg

waarvoor aan de zorgvuldigheidseisen, zoals opgenomen in de Wet zorg en dwang – moet worden voldaan.

4.4 *Pedagogische maatregel*

Met het begrip onvrijwillige zorg wordt een overkoepelende definitie van vrijheidsbeperking geïntroduceerd, om ervoor te zorgen dat vormen van vrijheidsbeperking of gedwongen zorg niet langer buiten een wettelijk kader vallen. Toch bleken met name vrijheidsbeperkingen die zich bevinden op de grens tussen opvoeden en beperken tijdens de focusgroepen voor deelnemers moeilijk om binnen de reikwijdte van het begrip onvrijwillige zorg te plaatsen. Aan deze vrijheidsbeperkingen wordt vaak gerefereerd als ‘pedagogische maatregel’, om het opvoedkundige karakter te benadrukken en het beperkende aspect te legitimeren. Pedagogische maatregelen leverden (tijdens de focusgroepen) veel vragen op: zijn pedagogische maatregelen onderdeel van onvrijwillige of vrijwillige zorg? Kan een pedagogische maatregel alleen van toepassing zijn op kinderen? Kan een pedagogische maatregel een dekmantel zijn voor onvrijwillige zorg? Kan een maatregel bij een volwassen cliënt een pedagogisch karakter hebben en daardoor toch buiten de reikwijdte van onvrijwillige zorg vallen? De term pedagogische maatregel komt in de Wet zorg en dwang niet voor. Toch is het voor de vertaling van het begrip onvrijwillige zorg in de praktijk van belang dat overeenstemming bestaat over de betekenis van het begrip pedagogische maatregelen en de verhouding tot het begrip onvrijwillige zorg. Tijdens de Delphi-methode werden daarom vragen gesteld als: vallen pedagogische maatregelen onder onvrijwillige

zorg, of is er sprake van een aparte categorie waarvoor aparte voorwaarden moeten gelden? De deelnemers bereikten hierover geen overeenstemming. Sommige deelnemers schaalden pedagogische maatregelen onder onvrijwillige zorg, waar anderen pedagogische maatregelen zien als aparte zorgvorm die kan worden toegepast bij een lage (ontwikkelings)leeftijd. Ook stelden enkele deelnemers dat er sprake is van een pedagogische maatregel wanneer geen ernstig nadeel (een vereiste voor onvrijwillige zorg) aanwezig is maar toch ingegrepen moet worden. De deelnemers bereikten wel consensus over hoe met pedagogische maatregelen moet worden omgegaan in de praktijk. Volgens de deelnemers moeten pedagogische maatregelen - vanwege het vrijheidsbeperkende karakter - tijdens overleggen getoetst worden aan grotendeels dezelfde zorgvuldigheidseisen als onvrijwillige zorg. Vragen als: ‘is het noodzakelijk, is het de minst ingrijpende vorm en zijn er alternatieven?’, moeten ook bij het overwegen van een pedagogische maatregel volgens de deelnemers in een multidisciplinair overleg gesteld worden. In aanvulling op de algemene zorgvuldigheidsvoorwaarden van onvrijwillige zorg moet volgens de deelnemers ook besproken worden wat in dat specifieke geval het pedagogische karakter van de maatregel is, en wat met de maatregel moet worden bereikt. Volgens de deelnemers kan met opnemen van deze vragen in het beleid voor pedagogische maatregelen een eenduidige en zorgvuldige benadering gewaarborgd worden voor iedere cliënt. Daarmee kan volgens de deelnemers tegelijkertijd worden voorkomen dat pedagogische maatregelen niet (streng) worden getoetst en multidisciplinair worden

besproken, en met minder waarborgen dan onvrijwillige zorg kunnen worden toegepast.

4.5 Afspraken met cliënten

Tijdens de focusgroepen kwam aan de orde dat het in de praktijk regelmatig voor komt dat een cliënt zich verzet tegen een eerder gemaakte afspraak, waarna zorgverleners worstelen met de vraag of ze de cliënt aan de afspraak moeten houden of dat de afspraak komt te vervallen. De Wet zorg en dwang geeft volgens de deelnemers geen bruikbaar antwoord op deze vraag: er kan immers alleen sprake zijn van vrijwillige of onvrijwillige zorg. Een belangrijke vraag voor de vertaling van de Wet zorg en dwang naar de praktijk was dan ook hoe gehandeld moet worden wanneer een cliënt niet meer instemt met een eerder gemaakte afspraak: betekent het verzet van de cliënt dat de afspraak een vorm van onvrijwillige zorg wordt, waardoor voor het uitvoeren van de afspraak eerst de verschillende voorwaarden voor onvrijwillige zorg moeten worden doorlopen? Of mag de cliënt – die zich nu eenmaal eerder aan de afspraak heeft gecommitteerd – eventueel gedwongen worden zich aan de afspraak te houden? Uit de Delphi-methode bleek dat de deelnemers veel waarde hechten aan de informatievoorziening aan cliënten (over keuzemogelijkheden en gevolgen) voorafgaand aan het maken van een afspraak, zodat sprake is van wederzijdse geïnformeerde toestemming. Hiermee kan zoveel mogelijk voorkomen worden dat de cliënt een afspraak maakt waar hij later (toch) op terug wil komen.

Wanneer een cliënt zich vervolgens niet (meer) wilt houden aan de eerder gemaakte afspraak, kan volgens de deelnemers echter een proble-

matische situatie ontstaan: enerzijds leidt het doorzetten van de afspraak zonder instemming van de cliënt tot toepassing van onvrijwillige zorg, hetgeen zoveel mogelijk voorkomen moet worden. Anderzijds moet volgens de deelnemers het verzet of het gewijzigd standpunt van een cliënt niet zomaar leiden tot het ontbinden van de afspraak, omdat afspraken dan geen waarde meer hebben. De visies van de deelnemers over het juiste handelen in deze situatie liepen dan ook uiteen van “*afspraak is afspraak*” tot “*opnieuw kijken naar de gemaakte afspraak*”. De deelnemers werden het er echter over eens dat het zonder meer dwingen van een cliënt tot nakoming van een gemaakte afspraak onwenselijk is. De aangewezen werkwijze, waarover tijdens de Delphi-methode consensus werd bereikt, is om door middel van een gesprek en het opnieuw benaderen van de gemaakte afspraak tot een compromis of alternatief te komen. Wanneer dat niet lukt en de afspraak noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen, kan met toepassing van de voorwaarden voor onvrijwillige zorg in uiterste gevallen een afspraak worden doorgezet.

5 Conclusie

De essentie van de in 2002 uitgevoerde evaluatie van de Wet Bopz was: geen vrijheidsbeperking behalve als uiterste redmiddel (*ultimum remedium*), en alleen wanneer wordt voldaan aan de beginselen proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit. Met het opstellen van de Wet zorg en dwang heeft de wetgever beoogd deze essentie te vertalen naar een op de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking aansluitende wet, die duidelijke aanknopingspunten biedt voor het zorgvuldig omgaan met onvrijwillige zorg. De juridische analyse liet

zien dat met het begrip onvrijwillige zorg tegemoet wordt gekomen aan de wens van een breder begrip van vrijheidsbeperking, en tevens wordt aangesloten bij de in de praktijk en de Inspectie al langer in gang zijnde ontwikkelingen. De kritiek op de Wet Bopz (smal begrip van vrijheidsbeperking en geen goede aansluiting op de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking) wordt met de inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang weggenomen. De Wet zorg en dwang, en het begrip onvrijwillige zorg in het bijzonder, verbeteren het wettelijk kader voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen en gedwongen zorg in de praktijk. De juridische analyse liet echter ook zien dat het begrip onvrijwillige zorg nog enige vertaling naar de praktijk vraagt. Onvoldoende duidelijk is bijvoorbeeld wat de wetgever precies bedoelt met de negen in de Wet zorg en dwang opgenomen categorieën van onvrijwillige zorg. Hoe verhoudt de categorie 'insluiten' zich bijvoorbeeld tot de categorie 'beperken in de bewegingsvrijheid'? En hoe kijkt de wetgever aan tegen pedagogische maatregelen? Tijdens de empirische studie is onderzocht welke (mogelijke) gevolgen en knelpunten de wet zorg en dwang heeft voor de dagelijkse zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, en hoe de wet zo goed mogelijk kan worden uitgevoerd in de praktijk. Gebleken is dat de deelnemers aan het onderzoek, allen medewerkers uit zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, in beginsel geen grote knelpunten ontwaren bij de toepassing van onvrijwillige zorg en de daaraan verbonden zorgvuldigheidseisen in de praktijk. De medewerkers signaleerden echter wel dat de Wet zorg en dwang niet altijd goed aansluit op of aanknopingspunten biedt voor in

de praktijk voorkomende situaties, zoals het gebruik van pedagogische maatregelen, cliënten in groepsverband en het maken van afspraken met cliënten. De brede reikwijdte van het begrip onvrijwillige zorg maakt dat al snel sprake is van onvrijwillige zorg in de zin van de wet, terwijl het toepassen van onvrijwillige zorg zoveel mogelijk moet worden voorkomen. De deelnemers bleken goed in staat te formuleren op welke wijze ook in de situaties waarin de Wet zorg en dwang geen, of onvoldoende houvast biedt zorgvuldig gehandeld kan worden binnen de kaders van de wet, zonder dat direct sprake is van onvrijwillige zorg.


Het algemene karakter van de zorgvuldigheidseisen in de Wet zorg en dwang zorgde er tot slot voor dat deelnemers de mogelijkheid misten tot afstemming van de toepassing van onvrijwillige zorg op een individuele cliënt. Volgens de deelnemers houdt de wet geen rekening met het feit dat cliëntkenmerken of contextkenmerken een belangrijke rol (moeten) spelen bij het afwegen van een bepaalde vorm van onvrijwillige zorg. Ook hiervoor konden deelnemers echter enkele zorgvuldigheidseisen, als aanvulling op de in de wet opgenomen algemene zorgvuldigheidseisen, formuleren. Medewerkers uit de zorgpraktijk bleken tijdens de empirische studie bij uitstek in staat de situaties waarin de Wet zorg en dwang een moeizame aansluiting zal hebben op de praktijk aan te wijzen, en er oplossingen of aanvullingen voor te bedenken. Met de inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang (ver) in het verschieft lijkt het raadzaam ook bij de verdere vertaling van de Wet zorg en dwang naar dagelijkse zorg medewerkers uit de praktijk te betrekken.

6 Discussie

Gedurende het onderzoek stonden de ontwikkelingen rondom de Wet zorg en dwang niet stil. Zo verscheen in 2014 de Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg, waarin onder meer aanbevelingen werden gedaan voor aanpassingen van de Wet zorg en dwang en harmonisatie met het wetsvoorstel Wet verplichte ggz. In het najaar van 2015 verscheen het concept van de tweede nota van wijziging voor het wetsvoorstel Wet verplichte GGZ, met daarin ook wijzigingen voor de Wet zorg en dwang, waarna de definitieve tweede nota van wijziging begin juli 2016 werd ingediend. Tijdens het onderzoek bij Cordaan hebben de onderzoekers en deelnemers hierdoor niet met de laatste definities uit de Wet zorg en dwang kunnen werken. Dit neemt niet weg dat met het onderzoek een eerste verkenning is uitgevoerd van het begrip onvrijwillige zorg en de daaraan te verbinden zorgvuldigheidseisen vanuit de praktijk. De toetsing van het (toekomstig) juridisch kader aan de visies van medewerkers die in hun werk met beslissingen rondom onvrijwillige zorg te maken hebben laten zien dat het toepassen van het begrip onvrijwillige zorg niet in alle situaties eenvoudig is, en lastige afwegingen met zich kan brengen die niet eenvoudig kunnen worden ingevuld door het wettelijk kader. Ook is gebleken dat consensus over de zorgvuldigheidseisen rondom onvrijwillige zorg niet eenvoudig is.

Een groot voordeel van het uitgevoerde onderzoek is dat medewerkers uit de zorgsector zelf de mogelijkheid hebben gekregen mee te denken over de uitvoering van onvrijwillige zorg binnen de eigen organisatie. Medewerkers konden aangeven wat zij belangrijke aan-

dachtspunten en zorgvuldigheidseisen vinden voor situaties waarin de wet onvoldoende houvast biedt.

Tijdens het onderzoek bleek echter ook dat het lastig was dezelfde deelnemers gedurende het onderzoek betrokken te laten blijven. Hoewel het uitgangspunt was steeds dezelfde medewerkers aan een onderzoeksmethode te laten deelnemen, wisselden de samenstellingen tijdens de focusgroepbijeenkomsten en tijdens de rondes van de Delphi-methode. Ook het aantal deelnemers dat deelnam fluctueerde. De resultaten representeren dan ook de visies van een kleine groep. Een volgende stap is het vertalen van deze bevindingen naar de hele organisatie, of de sector zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en het door middel van verdere verkenning van de Wet zorg en dwang voorbereiden van de sector op deze wet. 

Auteurs

mr. S.M. Steen is advocaat bij KBS Advocaten

mr. dr. B.J.M. Frederiks is onderzoeker en universitair docent gezondheidsrecht, afdeling sociale geneeskunde, VUmc

dr. J.C. de Schipper is onderzoeker, faculteit pedagogische wetenschappen, Vrije Universiteit

Correspondentieadres:

sm.steen@kbsadvocaten.nl

Literatuur

- Arends, L.A.P., Blankman, K., & Frederiks, B.J.M. (2002). *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen Deelonderzoek 3: Interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector*, Den Haag: ZonMw.
- IGZ (2007). *Toetsingskader onderzoek 'Zorg voor Vrijheid' in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg en Verpleeghuis- en Verzorgingshuiszorg Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en bevorderen van good practices*, Utrecht: IGZ.
- Landeta, J. (2006). *Current validity of the Delphi method in social sciences*, Technological Forecasting & Social Change, 73.
- Legemaate, J. et al. (2014). *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*, Den Haag: ZonMw.
- Steen, S.M., Schippers J.C., Frederiks, B.J.M., (2016). *Memo Zorg en dwang*, Amsterdam: VUmc/Vrije Universiteit.
- Van Assema, Mesters, & Kok. (1992). Het focusgroep-interview: een stappenplan, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 7. [pagina's?]

Rechtspraak

- Rechtbank Oost-Brabant 20 maart 2015, C/01/289276/FA RK 15-432, mt. nt. B.J.M. Frederiks en M. Vermaak;
- Rechtbank Gelderland 10 november 2015, ECLI:NL:RBGEL:2015:7657, mt. nt. T.P. Widdershoven;
- Rechtbank Limburg, 20 maart 2015, ECLI:NL:RBLIM:2015:3098, mt. nt. T.P. Widdershoven.

Kamerstukken

- Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3.
- Kamerstukken II* 2009/10, 32 399, 2
- Kamerstukken I* 2013/14, 31996, A
- Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, 25
- Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, 27.

Samenvatting

De essentie van de in 2002 uitgevoerde evaluatie van de Wet Bopz was: geen vrijheidsbeperking behalve als uiterste redmiddel (ultimum remedium) en alleen wanneer wordt voldaan aan de eisen proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit. Met het opstellen van de Wet zorg en dwang heeft de wetgever beoogd deze essentie te vertalen naar een op de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking aansluitende wet, die duidelijke aanknopingspunten biedt voor het zorgvuldig omgaan met vrijheidsbeperking. De wetgever introduceert een zeer brede definitie van vrijheidsbeperking, 'onvrijwillige zorg', waarmee wordt aangesloten op de in de praktijk en de IGZ al langer in gang zijnde ontwikkelingen. Tijdens het onderzoek 'Van Wet Bopz naar Wet zorg en dwang' is een eerste verkenning uitgevoerd van de gevolgen van de Wet zorg en dwang en in het bijzonder het begrip onvrijwillige zorg voor de dagelijkse zorgpraktijk van zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. De bevindingen van de juridische en empirische onderzoeksmethoden laten zien dat de invulling en uitwerking van het begrip onvrijwillige zorg de zorgpraktijk voor verschillende uitdagingen plaatst.