

7. Verwachtingen van de Bopz-advocaat

Lotje van den Puttelaar

Tot 1 januari 2020 gezondheidsrecht- en Bopz-advocaat bij Wybenga Advocaten.

Karina Rongen

Advocaat gezondheidsrecht en strafrecht bij Wybenga Advocaten en redacteur van JGGZR.

Wij zullen in dit artikel – bezien vanuit het perspectief van de Bopz-advocaat – beschrijven wat wij verwachten van de nieuwe zorgwetten. De Bopz-advocaat zal in de praktijk met zowel de Wet verplichte ggz (Wvvggz), als met de Wet zorg en dwang (Wzd) te maken krijgen. Wij hebben in het bestek van dit artikel ervoor gekozen om een aantal onderwerpen uit te lichten, nu het ondoenlijk is om in te gaan op alle aspecten van de Wvvggz en de Wzd.

Allereerst benoemen wij in dit artikel de – in onze ogen – belangrijkste wijzigingen voor de Bopz-advocaat. Daarna gaan wij in op verwachte verbeteringen en vervolgens bespreken we een vijftal verwachte uitdagingen. Wij komen tot onze slotsom dat de betrokkene beter af is met de nieuwe wetten, als deze in de praktijk kunnen worden uitgevoerd zoals ze bedoeld zijn.

Vaarwel Wet Bopz

De meeste Bopz-advocaten vinden dat er met de Wet Bopz goed te werken viel, mede dankzij de ontwikkelingen in de jurisprudentie. De Wvvggz en de Wzd kennen een zeer langdurig wetgevingstraject, vooral de laatste wijzigingen hebben hoofdbrekens gekost en zijn volgens ons geen verbeteringen ten opzichte van de eerdere versies. De uitwerking van de Wvvggz en Wzd is met veel onzekerheid omgeven. Met

name de uitvoerbaarheid baart ons grote zorgen.

Belangrijkste wijzigingen

Door de veranderde filosofie van de nieuwe zorgwetten, die uitgaat van de goede zorg die mensen nodig hebben, is de rol van de advocaat veranderd. De advocaat wordt veel meer inhoudelijk betrokken bij de zorg. De Wet Bopz had rigide uitgangspunten, wel of geen opname stond centraal en niet de behandeling van de betrokkene. De mogelijkheid dat verplichte en onvrijwillige zorg nu ook ambulant kan worden opgelegd, brengt veel verandering voor het werk van de advocaat teweeg. De advocaat zal zijn cliënt hierdoor vaker thuis bezoeken. Daarnaast gaat het werk van de advocaat wezenlijk veranderen door het opstellen van een plan van aanpak (in het kader van de Wvvggz) met de betrokkene zelf, met ondersteuning en advies van zijn familie en naasten en de patiëntvertrouwenspersoon. Bij het bespreken van de uitdagingen komen wij nog terug op deze wijzigingen.

Verwachte verbeteringen

In de Wvvggz en de Wzd zijn een aantal uitgangspunten opgenomen die gelden als streefnormen, waarop de uitvoerders van de wetten aangesproken kunnen worden. De uitgangspunten van deze nieuwe wetten worden allereerst door de Bopz-advocaat toegejuicht. Om een paar nastrevenswaardige uitgangspunten te noemen: (1) het *ultimum-remedium*-beginsel waarbij vrijwilligheid en het voorkomen van dwang centraal staan (art. 2:1 Wvvggz en art. 10 lid 1 Wzd); (2) het wederkerigheidsbeginsel dat met zich meebrengt dat een inspanningsverplichting bestaat om kwalitatief goede zorg te verlenen ter rechtvaardiging van iemands vrijheidsbeneming (art. 2:1 lid 4 en art. 5:14 lid 1 onder h Wvvggz); (3) het bevorderen van de deelname van de betrokkene aan het maatschappelijk leven (art. 2:1 lid 4 Wvvggz en art. 10 lid 7 Wzd); (4) het rekening houden met de wensen en voorkeuren van de betrokkene (art.

2:1 lid 5 en 6 Wvggz en art. 7 lid 3 Wzd); en (5) het zoveel mogelijk betrekken van de familie en naasten bij de zorg aan de betrokkene (art. 2:1 lid 7 Wvggz).

De tweede verwachte verbetering is dat mensen met bijvoorbeeld dementie of verwarde mensen die voorheen (onder de Wet Bopz) werden opgenomen, doordat zij niet in staat waren te zorgen voor hun somatische aandoeningen (denk bijvoorbeeld aan mensen met diabetes) waardoor levensbedreiging kon ontstaan, nu thuis in hun eigen omgeving kunnen blijven met zorg aan en in huis.

Ten derde is het positief dat de wensen en voorkeuren van de betrokkene over de zorg in het plan van aanpak en zorgplan moeten worden vastgelegd en zoveel mogelijk moeten worden gehonoreerd. Dit zal in veel gevallen de creativiteit van alle betrokkenen prikkelen in het zoeken naar zorgalternatieven die gebaseerd zijn op vrijwilligheid.

Risico's en uitdagingen

Denatureren veilige thuishaven

De idee dat mensen door onvrijwillige of verplichte ambulante zorg langer thuis kunnen blijven is een mooi gedachtegoed. De keerzijde daarvan is dat nu ook dwangmiddelen in de thuissituatie kunnen worden toegepast. Wisselende zorgverleners komen deze middelen dan onder dwang thuis toedienen. Hierdoor wordt de vertrouwde woning wellicht gedeneatureerd. Tegelijkertijd is het de vraag hoe vaak dit in de praktijk zal voorkomen, gelet op het ontbreken van voldoende zorgpersoneel en wellicht ook de weigering van huisartsen om hieraan mee te werken. Hierdoor zal mogelijk slechts een gering aantal mensen een positief effect van ambulante zorg onder de Wvggz en Wzd gaan ondervinden. Dit ondermijnt rechtstreeks het uitgangspunt van de wet.

Plan van aanpak

De advocaat wordt nauw betrokken bij het opstellen van het plan van aanpak waarmee

verplichte zorg mogelijk kan worden voorkomen (art. 5:5 Wvggz). In een plan van aanpak kunnen verschillende vormen van zorg worden opgenomen waartoe de betrokkene bereid is die vrijwillig te ondergaan, zoals klinische zorg of mantelzorg. Daarnaast kunnen essentiële voorwaarden worden opgenomen die voor de deelname van de betrokkene aan het maatschappelijk leven van belang zijn, zoals bijvoorbeeld bezoek aan familie, vrienden en culturele en recreatieve activiteiten.

Wij hebben er echter een hard hoofd in dat het opstellen van een plan van aanpak met de cliënt gaat lukken als de advocaat de cliënt nog niet kent en daarmee in een zeer korte tijd een vertrouwensrelatie moet opbouwen. Het is een mooie gedachte, maar gezien de ervaring met de cliëntengroep is het de vraag in hoeveel gevallen dit gaat lukken. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met cliënten kost tijd. Er gaan geluiden binnen de advocatuur dat advocaten beducht zijn om de cliënt bij het opstellen van het plan van aanpak te stimuleren, want door te sturend te zijn schaart de cliënt de advocaat in het kamp van de vijand en raakt hij het vertrouwen van de cliënt kwijt.

Rolverwarring: een witte jas onder de zwarte toga

Samenhangend met de adviserende rol van de advocaat in het begintraject bestaat ook het risico voor rolverwarring. Al snel kan bij de cliënt een verkeerd beeld van de advocaat ontstaan. De advocaat is geen medisch deskundige, hij is niet medisch onderlegd. De advocaat moet zich bij het opstellen van het plan van aanpak dan ook onthouden van het geven van advies over het medisch deel. Ons advies zou zijn: schoenmaker, blijf bij je leest.

Veiligheid

Op het moment dat de advocaat in het kader van de aanvraag van de zorgmachtiging bij de cliënt thuiskomt, heeft de advocaat nog geen informatie over de cliënt ontvangen. De advocaat komt volledig blanco binnen. Hier zijn

zeker risico's aan verbonden. Onder de Wet Bopz beschikte de advocaat in ieder geval nog over de geneeskundige verklaring, waaruit hij enigszins kon afleiden wat voor problematiek hij kon verwachten. De grote vraag is hoe de veiligheid van de advocaat in dit stadium kan worden gewaarborgd.

Vergoeding

Hoewel de Bopz-advocaten de versterking van de rechtspositie van de betrokkene aanmoedigen, zal de Bopz-advocaat – in vergelijking tot de Wet Bopz – onder de Wvggz en de Wzd veel meer werk moeten gaan verrichten; met name in de voorfase, maar ook gedurende het gehele traject. De advocaat loopt evenwel aan tegen bezuinigingen op de rechtshulp en de vergoedingen voor het verlenen van gesubsidieerde rechtsbijstand zijn achtergebleven. De advocatuur heeft al vaak gepleit bij nieuwe wetgeving voor het opnemen van een paragraaf over de kosten voor rechtsbijstand; ook bij deze wetten ontbreekt echter een dergelijke paragraaf. Er is vooralsnog geen (financiële) oplossing gevonden voor het extra werk dat advocaten moeten doen. Duidelijkheid over de vergoeding voor rechtsbijstand is bovendien ook van belang als we het hebben over de uitvoerbaarheid van de wet.

Art. 2.3 Wet forensische zorg

De schakelbepaling van art. 2.3 van de Wet forensische zorg (Wfz) geeft de strafrechter sinds 1 januari 2020 de bevoegdheid om, ambtshalve of op verzoek van de officier van justitie, zelf een zorgmachtiging als bedoeld in de Wvggz of een rechterlijke machtiging als bedoeld in de Wzd af te geven. De betrokkene zal tijdens deze procedure worden bijgestaan door een strafrechtadvocaat en niet door een Bopz-advocaat. De vraag is of de strafrechtadvocaat over voldoende kennis beschikt over de Wvggz en/of de Wzd om de betrokkene goed te kunnen bijstaan. Ook de vergoeding voor deze juridische bijstand is niet geregeld. Uit de wet volgt niet dat de officier van justitie of de

strafrechter in een dergelijke situatie (aan het bestuur van de raad voor rechtsbijstand) een last tot toevoeging van een Bopz-advocaat aan de betrokkene zal verstrekken. Twee uitdagingen dus voor adequate bijstand bij toepassing van de schakelbepaling: de kennis en de vergoeding. Overigens is niet alleen de adequate bijstand door de advocaat een uitdaging, het is ook de vraag of de strafrechter en de officier van justitie bij toepassing van art. 2.3 Wfz over voldoende kennis beschikken van de Wvggz en de Wzd.

Veranderingen voor de betrokkene

Indien de nieuwe zorgwetten in lijn met de bedoeling van de wetgever uitgevoerd worden, zal de betrokkene naar onze mening beter af zijn met deze wetten. Gelet op onze verwachting over de uitvoerbaarheid van de wetten is het echter nog maar de vraag of de betrokkene positieve veranderingen gaat ondervinden door de wijzigingen. De tekorten aan zorgpersoneel, specialistische artsen¹ en financiële middelen zullen eerst opgelost moeten worden. Pas dan zal de betrokkene in de praktijk daadwerkelijk beter af zijn met de Wvggz en de Wzd.

Tot slot

We realiseren ons dat bij de inwerkingtreding van elke nieuwe wet vragen rijzen over de werking en uitvoering van de wet. Destijds speelden deze vraagstukken ook bij de inwerkingtreding van de Wet Bopz. De praktijk laat dan zien dat de regels zich laten voegen naar de behoefte van de praktijk, mede dankzij ontwikkelingen in de jurisprudentie. Of dat bij deze wetten ook zo gaat zijn, zal de toekomst uitwijzen.

Naschrift

Na het schrijven van dit artikel is bekend geworden dat de Raad voor Rechtsbijstand, de rechtspraak, het ministerie van Justitie en Veiligheid

1 Psychiaters, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

ligheid en de Nederlandse Orde van Advocaten afspraken hebben gemaakt over adequate bijstand bij toepassing van artikel 2.3 Wfz. Afgesproken is dat de Raad voor Rechtsbijstand naast de toevoeging in de strafzaak een tweede toevoeging verstrekt aan een voor psychiatrisch patiëntenrecht ingeschreven advocaat.

Over de auteurs

Mr. Ch.L. (Lotje) van den Puttelaar

Tot 1 januari 2020 gezondheidsrecht- en Bopz-advocaat bij Wybenga Advocaten.

Mr. A.K.M.T. (Karina) Rongen

Advocaat gezondheidsrecht en strafrecht bij Wybenga|Advocaten en redacteur van JGGZR.

8. Minder gedwongen opname, meer overleg

Joris van Erp

Geneesheer-directeur verstandelijk gehandicaptenzorg.

Wat is volgens u in het algemeen de belangrijkste wijziging per 1 januari 2020?

De toepassing van onvrijwillige zorg in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd) zonder dat daarvoor vereist is dat de cliënt gedwongen is opgenomen.

Van welke wijziging verwacht u de meest positieve verandering?

1. Het vervallen van de eis dat een RM of IBS nodig is voor de toepassing van onvrijwillige zorg. Daardoor zullen er minder RM's en IBS'en (art. 24 en 29 Wzd) hoeven worden aangevraagd. Deze zijn dan alleen nog nodig voor cliënten die zich tegen opname verzetten. De aanvraag van een gedwongen opname brengt veel spanning met zich mee voor cliënten en vertegenwoordigers. Het is dus een groot voor-

deel als een dwangopname vermeden kan worden. Hiertegen kan worden ingebracht dat de cliënt aan rechtsbescherming verliest als de rechter zich niet meer over dwang in de zorg kan uitspreken, maar naar mijn mening compenseert het stappenplan (zie hieronder) en het toezicht van de Wzd-functionaris dat gemis.

2. Het stappenplan (art. 9 t/m 11 a Wzd) behelst het telkens opnieuw overwegen of onvrijwillige zorg nodig is. Dit houdt de begeleiders en behandelaars scherp en actief, want onvrijwillige zorg mag niet vanzelfsprekend worden, er moet gezocht blijven worden naar minder ingrijpende alternatieven en naar mogelijkheden om onvrijwillige zorg te beëindigen.

Welke wijziging gaat volgens u voor de meeste (aanpassings)problemen zorgen?

1. De uitvoering van het stappenplan (art. 10 en 11 Wzd). Hoewel ik de positieve kanten ervan zie en waardeer, is het de vraag of het zoeken naar alternatieven in alle gevallen die moeite, tijd en kosten waard is. Op medische fixatie, een verzamelterm voor banden die gebruikt worden bij ernstig meervoudig gehandicapte cliënten om te voorkomen dat zij uit bed of (rol)stoel vallen – niet om hun bewegingsvrijheid in te perken – zou het stappenplan niet van toepassing moeten zijn als er instemming is en verzet ontbreekt. Nu is het doorlopen van het stappenplan desondanks verplicht bij wilsonbekwame cliënten (art. 2.2 Wzd).

2. Voldoende menskracht om aan de eisen van de wet te kunnen voldoen. Dat geldt zowel voor zorgverantwoordelijken, Wzd-functionarissen als voor secretariële en administratieve ondersteuning, nodig om de vele overleggen goed te plannen. Vooral de Wzd-functionaris zal moeten afwegen waar hij wel of niet op inzoomt. Deze functionaris dient de onvrijwillige zorg in detail te toetsen, hoewel er al door een batterij deskundigen naar gekeken is. Als het tegenzit heeft elke cliënt zelfs twee Wzd-functionarissen, omdat een arts en een gedragskundige zich tot hun eigen vakgebied moeten beperken als zij een aanwijzing zouden willen geven in het