

Utrecht, 20-01-2009

Commentaar Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie(NFZP) op het conceptwetsvoorstel verplichte GGZ, zoals dat nu ter consultatie voorligt aan het veld.

Beoordeling wetsvoorstel

Inleiding:

Nieuwe wetgeving heeft meestal tot doel de nadelen van bestaande wetgeving teniet te doen. Vanuit de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie is als een van de grote nadelen van de wet BOPZ genoemd de bestaande rechtsongelijkheid tussen patiënten met een psychische ziekte versus patiënten met een lichamelijke ziekte. Die rechtsongelijkheid is stigmatiserend en discriminerend voor patiënten met psychische ziekten, en verlaagt de kwaliteit van de somatische zorg bij patiënten met zowel een lichamelijke als een psychische ziekte.

Vanuit de ziekenhuispsychiatrie bestond de hoop dat nieuwe wetgeving ook de bestaande rechtsongelijkheid zou verminderen dan wel teniet zou doen.

Dwangbehandeling van een lichamelijke aandoening, **ter afwending van nadeel voor de patiënt zelf**, is geregeld in de WGBO. Dwangbehandeling vereist wilsonbekwaamheid van de betreffende patiënt en instemming met de voorgestelde behandeling door de vertegenwoordiger van de patiënt. Als de patiënt wilsbekwaam is ter zake de voorliggende behandelbeslissing, dan kan hij niet onder dwang behandeld worden, hoe onverstandig of medisch onverantwoord zijn dokter de beslissing ook vindt. Deze bepaling drukt het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt uit.

Dwangbehandeling van een lichamelijke aandoening **ter afwending van gevaar voor derden**, is geregeld in de Wet Publieke Gezondheid. Aan afwending van risico voor derden wordt begrijpelijkerwijs een hoger belang toegekend dan aan het recht op zelfbeschikking van het individu. Dat betekent dat een weigerachtige patiënt binnen de Wet Publieke Gezondheid gedwongen kan worden opgenomen en behandeld voor een lichamelijke aandoening, als het voortbestaan van zijn ziekte een risico vormt voor de gezondheid van derden. En dan doet het er niet toe of de patiënt wilsonbekwaam is of niet.

Het wetsvoorstel Verplichte GGZ probeert, net als de wet BOPZ, in één wettelijke regeling **zowel risico op nadeel voor derden als risico op nadeel voor de patiënt zelf**, vermoedelijk voortvloeiend uit een psychische stoornis, af te wenden.

De opstellers van het wetsvoorstel Verplichte GGZ kiezen bovendien zeer bewust voor afstemming met de wet Forensische Zorg, en niet voor afstemming met de WGBO. In de Wet op de Forensische Zorg staat, in tegenstelling tot de WGBO, de bescherming van de samenleving centraal en het zelfbeschikkingsrecht van het individu is daar ondergeschikt aan. Dat verklaart dan ook waarom in het wetsvoorstel Verplichte GGZ “bescherming van de samenleving” hoge prioriteit krijgt, en “voorkomen van strafbare feiten” als doel van gedwongen zorg herhaaldelijk wordt genoemd, terwijl het zelfbeschikkingsrecht van patiënten, bij wie een zorgmachtiging wordt overwogen, geen rol van betekenis speelt.

In dit wetsontwerp is een persoon met een (vermoedelijke) psychische stoornis min of meer rechteloos, en van zelfbeschikkingsrecht gespeend, zodra een ontvankelijk verzoek binnenkomt bij de Commissie Psychiatrie om een advies af te geven voor een zorgmachtiging: “verdacht” als de persoon is van het hebben van een psychische stoornis, die risico op nadeel met zich meebrengt, is hij verplicht mee te werken aan het onderzoek van de zie, of hij nou wilsbekwaam is of niet. En wenst hij niet mee te werken dan kan zijn huis betreden worden zonder zijn instemming, kan zijn huisarts uitgehoord worden zonder zijn toestemming, etc. Wilsbekwaamheid ten aanzien van weigeren van zorg speelt in dit wetsontwerp geen rol bij de beslissing of een zorgmachtiging wordt afgegeven: risico op nadeel, voortvloeiend uit een psychische stoornis en weigeren van behandeling zijn voldoende. Het begrip wilsbekwaamheid (“in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake”) wordt wel enkele keren genoemd in het wetsontwerp, onder andere bij de vereiste zorgkaart: daarin mag de patiënt zijn behandelvoorkeuren aangeven en als hij een zorgmachtiging krijgt wordt met deze voorkeuren rekening gehouden als de patiënt wilsbekwaam is, tenzij de wilsbekwame beslissingen van de patiënt “medisch onverantwoord” worden gevonden. Wilsbekwaamheid is derhalve geen doorslaggevend criterium, maar is ondergeschikt aan “medisch noodzakelijk”.

Is het met het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt binnen dit wetsontwerp pover gesteld, hetzelfde geldt voor de professionele autonomie van de dokter: de behandelaar, zeker als die niet de opsteller is van het zorgplan, heeft weinig te zeggen over de inhoud van de zorg. En zelfs als de behandelaar de voorschriften uit het zorgplan nauwgezet wil opvolgen, dan dient hij iedere stap te overleggen en schriftelijk te motiveren, leidend tot een forse administratieve belasting, die ten koste gaat van het directe contact met de patiënt.

Het is aannemelijk dat het aanhaken bij de wet Forensische zorg verklaart waarom de professionele autonomie van de psychiater/behandelaar en de psychiater/directeur zorgkwaliteit wordt miskend: als het gaat om bescherming van de samenleving dan kan men beslissingen niet zomaar aan dokters overlaten, zeker niet als die beslissing zou betekenen dat de patiënt weer op die samenleving wordt losgelaten.

Maar dat geeft aan dit wetsontwerp een opvallend strafrechtelijke sfeer, een sfeer die bij verreweg de meeste patiënten met een psychische stoornis niet past.

Het wetsvoorstel beoordeeld aan de hand van de standpunten NFZP ten aanzien van nieuwe wetgeving rondom dwang:

In lijn met haar uitgangspunt dat het vooral voor psychiatrische patiënten schadelijke en obsoleete dualisme in de zorg moet verdwijnen heeft de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie(NFZP) al in 2004 een standpunt ingenomen ten aanzien van eventuele nieuwe wetgeving rondom dwangbehandeling. Kern daarvan was dat regels rondom dwangbehandeling eensluitend moesten worden, of de dwangbehandeling nou een lichamelijke aandoening of een psychische aandoening betrof. Deze standpunten zijn in 2008 als volgt aangescherpt:

Overwegende dat:

1. Vanuit wetenschappelijk en klinisch oogpunt een dualistische visie ten aanzien van ziekte al lang niet meer houdbaar is, omdat psychische en lichamelijke aandoeningen in onderlinge samenhang(de een als oorzaak of bijkomend verschijnsel van de ander en vice versa) in dezelfde patiënt optreden;
2. Het voortbestaan van een dergelijk obsoleet dualisme met bijbehorend referentiekader bestendig en versterkt wordt door het bestaan van twee aparte wetten: een wet voor dwangbehandeling van psychische aandoeningen(wet BOPZ) en een wet voor dwangbehandeling van lichamelijke aandoeningen(WGBO)
3. Dat momenteel niet de aard van de ziekte van de patiënt maar de plaats waar deze ziekte onder dwang wordt behandeld bepaalt welke wet van toepassing wordt geacht.
4. Dat het stigma van de patiënt met een psychische aandoening wordt versterkt door de wetgeving en diens gevolgen
5. Dat de voorwaarden voor toepassing van dwang in beide wetten verschillend zijn, met name waar het het criterium wilsbekwaamheid betreft
6. Dat de BOPZ-criteria voor dwangopneming en dwangbehandeling, ter afwendings van gevaar/nadeel voor de patiënt zelf dusdanig breed interpreteerbaar zijn dat patiënten met psychische aandoeningen nagenoeg vogelvrij zijn in het licht van dit bestwilcriterium zolang wilsbekwaamheid geen onderscheidend criterium wordt.
7. Dat dat tot rechtsongelijkheid leidt tussen patiënten met voornamelijk psychische aandoeningen versus patiënten met voornamelijk lichamelijke aandoeningen: de laatsten, mits wilsbekwaam, hebben wel het recht om beslissingen rond hun behandeling te nemen die in de ogen van de dokter onverstandig zijn, maar de eersten, mits wilsbekwaam, niet. M.a.w.: zelfbeschikkingsrecht bestaat niet voor mensen met een psychische aandoening.
8. Dat dat ook tot rechtsongelijkheid leidt ten aanzien van de behandeling van psychische ziekten versus lichamelijke ziekten binnen een en dezelfde patiënt
9. Dat de BOPZ-criteria voor dwangopneming ter afwendings van gevaar voor anderen zo onhelder zijn door het ook hier ontbreken van het criterium wilsbekwaamheid dat overlap met criteria voor gewone detentie onvermijdelijk is.

Komt de NFZP tot de volgende aanbevelingen aangaande wetgeving rondom onvrijwillige medische zorg:

1. Maak één wet voor onvrijwillige medische behandeling van ziekten, zowel lichamelijke als psychische, en los van plaats van behandeling. Of dat kan via de bestaande WGBO dan wel via nieuwe wetgeving is aan de politiek.
2. Handhaaf in het kader van het zelfbeschikkingsrecht van mensen in een eventuele nieuwe wet op onvrijwillige behandeling het begrip wils(on)bekwaamheid ter zake van de beslissing in te stemmen met behandeling als keuzecriterium, zoals dat ook in de WGBO en de euthanasiewet wordt gehanteerd.

3. Maak, mits de beoogde behandeling uitstel kan velen, herstel van de wilsbekwaamheid, indien haalbaar, tot eerste doel van de behandeling.
4. Handhaaf in een eventuele nieuwe wet voor onvrijwillige medisch zorg de rol van de (wettelijke)vertegenwoordiger van de terzake wilsonbekwame patiënt die namens de patiënt al dan niet instemt met de behandeling, waarbij de vertegenwoordiger dient te beslissen in de geest van de patiënt, toen die nog wel wilsbekwaam was.
5. Rust de nieuwe wet uit dan wel tuig de WGBO op met zorgvuldigheids-en uitvoeringseisen (zoals indicatie, registratie en signering, door behandelend arts) ten aanzien van toepassing van dwangbehandeling en de noodzakelijke dwangmiddelen en maatregelen, nodig om die dwangbehandeling ook te kunnen uitvoeren, overigens zonder door te schieten in de verstikkende bureaucratie waar de huidige wet BOPZ mee gepaard gaat.
6. Rust de nieuwe wet uit dan wel tuig de WGBO op met rechterlijke toetsing van vrijheidsbeneming conform de grondwet en het EVRM, mocht voor uitvoer van een noodzakelijke dwangbehandeling een dwangopneming zijn vereist (bijv. omdat de onder dwang uit te voeren behandeling per se in het ziekenhuis moet plaatsvinden, denk bijv. aan een beenamputatie bij een delirante en daardoor wilsonbekwame patiënt of een noodzakelijke fysieke bescherming bij een depressieve patiënt met ernstige suicidaliteit.
7. Zorg dat die rechterlijke toetsing niet leidt tot maatschappelijke nadelen voor de patiënt.
8. Maak een aparte dwangopnemingswet conform de Wet Publieke Gezondheid, voor patiënten die vanuit hun stoornis een (blijvend) gevaar voor derden opleveren.

De NFZP constateert dat het huidige wetsontwerp op geen enkele wijze tegemoet komt aan de geformuleerde uitgangspunten. Het wetsvoorstel Verplichte GGZ bestendigt en versterkt de bestaande rechtsongelijkheid tussen patiënten met psychische ziekten en patiënten met lichamelijke ziekten omdat het de praktijk voortzet dat dwangbehandeling van psychische ziekten in andere wetten met andere criteria wordt geregeld dan dwangbehandeling van lichamelijke ziekten. Dit wetsontwerp versterkt daarmee het bestaande en obsoleete dualisme. Dat doet de emancipatie van de psychiatrische patiënt kwaad, en is een gemiste kans in de strijd tegen het dualisme.

De NFZP heeft haar kritiek op dit wetsontwerp in de volgende noemers ingedeeld:

- 1) **Het wetsvoorstel verplichte GGZ is discriminerend voor patiënten met een (vermoedelijke) psychische ziekte versus patiënten met lichamelijke ziekten:**
 - a) Het zelfbeschikkingsrecht van psychiatrische patiënten ten opzichte van patiënten met niet-psychiatrische ziekten wordt met dit wetsontwerp nog meer miskend dan het binnen de wet BOPZ al was:
 - i) Wilsbekwaamheid terzake sluit bij lichamelijke zieken dwangdiagnostiek en -behandeling uit, bij psychische zieken kan dwang desondanks plaatsvinden.
 - ii) Patiënten met een zorgmachtiging en hun vertegenwoordigers hebben geen stem meer als het gaat om medische beslissingen, dankzij ongeldig verklaren van artikelen 450, 465 en 466 WGBO.
 - iii) Het zelfbeschikkingsrecht van terzake wilsonbekwame patiënten met een lichamelijke aandoening wordt overgedragen aan hun (wettelijk) vertegenwoordiger, maar die vertegenwoordiger heeft, als het gaat om wilsonbekwame psychisch zieke patiënten, geen enkel mandaat.

- b) Aan patiënten met een (vermoedelijke) psychische stoornis, bij wie een zorgmachtiging dan wel een crisismaatregel wordt overwogen, wordt ieder recht op privacy ontzegd, en dat is niet het geval bij patiënten bij wie dwangdiagnostiek en/of -behandeling wordt overwogen ten behoeve van een lichamelijke ziekte.
 - c) Patiënten met een (vermoedelijke) psychische stoornis kunnen zonder enige juridische titel zorg onder dwang krijgen voorafgaand aan een crisismaatregel als aannemelijk is dat een crisismaatregel zal worden afgegeven.
 - d) Patiënten met psychische aandoeningen kunnen geen recht ontlenen aan het medisch beroepsgeheim van hun (voormalig) behandelaars, patiënten met lichamelijke ziekten wel.
 - e) Patiënten die een dwangopneming wegens psychische ziekte ondergaan verliezen hun recht op een bijstandsuitkering, en dat is niet het geval als het gaat om dwangopneming vanwege een lichamelijke aandoening
- 2) Het wetsontwerp verplichte GGZ is stigmatiserender voor patiënten met een psychische stoornis dan de wet BOPZ:**
- a) Het wetsontwerp zoekt aansluiting bij de wet Forensische Zorg, waardoor de beeldvorming wordt versterkt dat psychiatrische patiënten gelijk te stellen zijn met “gevaarlijke en gestoorde delinquenten”.
 - b) Dat uitkeringstechnisch een dwangopneming binnen het kader van een zorgmachtiging op gelijke voet blijft staan met strafrechterlijke detentie versterkt dat beeld nog verder.
 - c) Patiënten kunnen na een crisismaatregel tot 9 dagen opgesloten worden zonder rechterlijke toetsing. Dat was voorheen 5 dagen, dus kan geen verbetering van rechtsbescherming worden genoemd.
 - d) Deze versterking van stigmatisering zal de bereidheid bij somatici verminderen patiënten met een zorgmachtiging adequate somatische zorg te bieden.
- 3) Het wetsontwerp verplichte GGZ gaat gepaard met een forse verzwaring van de administratieve belasting van de psychiater, met alle gevolgen van dien:**
- a) Het wetsontwerp vereist voorafgaand aan de afgifte van een zorgmachtiging zeer gedetailleerde schriftelijke zorgplannen, opgesteld door een psychiater. Het wetsvoorstel omvat daarnaast minstens 13 schriftelijk te motiveren beslissingen bij patiënten met een zorgmachtiging, die in behandeling zijn, nog los van de administratieve gevolgen van het toezicht dat de Inspectie gaat uitoefenen. Deze administratieve eisen vergen een omvangrijk administratief apparaat, waar kleinere behandelcentra minder vanzelfsprekend over beschikken dan de grote GGZ-organisaties. Gevolg zal zijn dat vooral PAAZ-en en PUK's minder in staat c.q. bereid zullen zijn patiënten met een zorgmachtiging in behandeling te nemen, en dit geldt a fortiori voor vrijevestigde praktijken.
 - b) Als PAAZ-en en PUK's minder bereid dan wel in staat zijn mensen met een zorgmachtiging in behandeling te nemen gaat dat ten koste van somatische zorg voor deze patientencategorie.
 - c) Alle administratieve verplichtingen rondom de patiënt gaan ten koste van het directe patientencontact en daarmee van de kwaliteit van de arts-patientrelatie.

4) Het wetsontwerp verplichte GGZ is discriminerend voor de beroepsgroep van psychiaters:

- a) De professionele autonomie van psychiaters wordt bij de behandeling van patiënten met een zorgmachtiging buiten spel gezet:
 - i) De zorgverantwoordelijk psychiater moet voor iedere medische beslissing toestemming vragen aan de cie psychiatrie
 - ii) De psychiater/directeur zorgkwaliteit kan niet zelfstandig beslissen een zorgmachtiging te beëindigen, maar heeft daar ook de toestemming van de cie voor nodig.
- b) Psychiaters wordt het medisch beroepsgeheim ontzegd, als het gaat om het verstrekken van inlichtingen over hun patiënt, zonder diens toestemming, aan de cie

Slotconclusie

De NFZP concludeert dat in praktijk brengen van dit wetsvoorstel een averechts effect zal hebben op de doelen die zij zichzelf stelt, namelijk het terugdringen van het dualisme in de gezondheidszorg en het bevorderen van rechtsgelijkheid tussen patiënten met psychische aandoeningen en patiënten met lichamelijke aandoeningen.

Alleen al om die reden kan de NFZP niet anders dan bezwaar maken tegen dit wetsvoorstel.

Zij roept op te komen tot een nieuw wetsvoorstel, dat bovengenoemde rechtsgelijkheid van patiënten als uitgangspunt neemt in plaats van de rechtsgelijkheid tussen delinquent en patiënt met een psychische stoornis.

Verantwoording

Deze reactie werd op verzoek van de Nederlands Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP) voorbereid door mw FAM Klijn, psychiater UMC Utrecht, voormalig voorzitter van de NFZP.

Zij treedt namens de NFZP op als woordvoerder over dwangbehandeling.

Tel 06-22561475

e-mail: i.klijn@umcutrecht.nl

Het NFZP-bestuur heeft dit commentaar vastgesteld op 20 januari 2009.

De NFZP heeft tot doel het bevorderen van de psychiatrische zorg in de algemene en universitaire ziekenhuizen.

Een belangrijk streven daarbij is om het dualisme tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg en tussen patiënten met somatische en psychische aandoeningen te laten verdwijnen.

Informatie: mw dr WMNJ Buis, psychiater Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen, voorzitter NFZP w.buis@cwz.nl www.NFZP.nl

Bijlage: **Samenvatting wetsvoorstel verplichte GGZ**

Het wetsvoorstel verplichte GGZ moet de opvolger worden van de wet BOPZ, dit naar aanleiding van de derde evaluatie wet BOPZ. Het is de ambitie van de minister van Justitie het wetsontwerp nog deze regeerperiode door de tweede kamer te loodsen. In de memorie van toelichting (MvT) worden de doelstellingen van dit wetsvoorstel weergegeven: Versterking van de positie van een persoon met een psychische stoornis; verbetering kwaliteit van zorg; minder toepassing van dwangopname door ruimer baan voor dwangtoepassing buiten de muren van het ziekenhuis; zowel afwending van risico op nadeel voor derden, voortvloeiend uit een psychische ziekte, als afwending van risico op nadeel voor de patiënt zelf; eenvoudiger structuur van dwangmaatregelen (slechts twee varianten i.p.v. huidige veelheid aan RM-varianten), versterking van de rechtspositie van de patiënt met een psychische stoornis, aanpassing van de rol van het O.M. bij de gangbare praktijk (waarin de OvJ altijd ontbreekt), verminderen van de rol van de rechter, en die van de IGZ

Dit doel wordt geacht bereikt te worden met de volgende regelgeving:

- Er komen twee soorten maatregelen in het kader van "verplichte GGZ": de Crisismaatregel, vergelijkbaar met de eerste drie dagen van de huidige IBS, zij het niet perse gebonden aan dwangopname; en de zorgmachtiging, vergelijkbaar met de huidige (voorwaardelijke) RM.
- Aansluiting wordt gezocht bij de Wet Forensische Zorg, omdat ook die wet betrekking heeft op mensen met een geestesstoornis die verplichte zorg krijgen, zij het dan op een strafrechtelijke titel, en uitsluitend vanwege gevaar voor derden. (MvT: *“de positie van de persoon met een psychische stoornis staat centraal. Of iemand verdacht wordt van een strafbaar feit, of dat de rechter zich tevens heeft uitgesproken over een strafbaar feit, mag hierbij geen verschil maken; voor een optimale aansluiting tussen beide systemen zullen de rechtspositionele regels geharmoniseerd moeten worden. Voorop staat dat zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat personen met een psychische stoornis in een justitiële setting belanden”*)
- Criteria voor verplichte zorg zijn als volgt: de mogelijkheden van vrijwillige zorg zijn uitgeput; de verplichte zorg wordt effectief geacht voor het beoogde doel: wegnemen van een aanzienlijk risico op ernstige schade voor de patiënt zelf of voor een ander, voortvloeiend uit de psychische stoornis van de patiënt. En de verplichte zorg is evenredig aan het beoogde doel terwijl geen minder bezwarende alternatieven eenzelfde effect kunnen sorteren.
- Het begrip psychische stoornis wordt ruim gedefinieerd: geen enkele DSM-classificatie bij een patiënt is bij voorbaat uitgesloten. (MvT: samenhangend met *“het ruimere arsenaal aan interventies op het terrein van de zorg dat op grond van het wetsvoorstel mogelijk is”*.)

- Bij de elementen waar die verplichte zorg uit dient te bestaan moet rekening worden gehouden met de voorkeuren van de patiënt, mits die wilsbekwaam is en mits dat rekening houden met niet leidt tot (onthouding van) interventies die medisch niet verantwoord zijn.
- Ook somatische interventies kunnen onderdeel zijn van de verplichte zorg, mits opgenomen in het zorgplan, en vallen dan buiten de WGBO en de regelgeving dienaangaande. Het is echter niet de bedoeling dat alleen herstel van de fysieke gezondheid wordt beoogd.
- Het wetsvoorstel zoekt geen aansluiting met de WGBO maar verklaart relevante artikelen uit de WGBO juist **niet** van toepassing op patiënten met een zorgmachtiging; Dat geldt voor art. 450 (toestemming van de patiënt is nodig voor medische interventies en bij wilsonbekwaamheid terzake van de patiënt op grond van leeftijd of anderszins de toestemming van de ouders/vertegenwoordigers), art 465 (Bij wilsonbekwaamheid van de volwassen patiënt geldt de (wettelijk) vertegenwoordiger als vervanger ten aanzien van wie alle plichten, voortvloeiend uit de WGBO door de hulpverlener moeten worden vervuld, incl. de toestemming voor behandelingen waartegen de patiënt zich daadwerkelijk verzet. Alleen bij beoogde verrichtingen van ingrijpende aard is een extra indicatiecriterium vereist. Art. 266: in nood mag gehandeld worden zonder (vervangende) toestemming van de patiënt.
- Tussen behandelaar/onafhankelijk psychiater en de rechter en tussen behandelinstellingen en de IGZ wordt een commissie geplaatst, de *Cie* psychiatrie, een soort staatscommissie, die multidisciplinair is samengesteld (in ieder geval een psychiater en een jurist en tenminste een derde lid uit een ander gremium, bijv. een vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging), waarvan de voorzitter wordt benoemd door de betrokken ministers (justitie en VWS). Deze *Cie*, met een landelijk bestuur maar regionaal wisselende samenstelling, adviseert de rechter of er een zorgmachtiging moet worden afgegeven ten behoeve van een patiënt, adviseert vrij bindend naar geneesheren-directeur (directeuren zorgkwaliteit volgens dit wetsontwerp) of een zorgmachtiging mag worden beëindigd bij een individuele patiënt (MvT: *“Aangezien de zorgverantwoordelijke en de directeur Zorgkwaliteit een eigen belang kunnen hebben bij de beëindiging van de verplichte zorg is er voor gekozen de Cie, als onafhankelijke partij, te laten adviseren over de beëindiging van de verplichte zorg. De directeur zorgkwaliteit zal in beginsel het advies van de Cie moeten overnemen, en wil hij dat per se niet dan beslist de rechter*) en adviseert allerlei andere instanties die betrokken zijn of horen te zijn bij de uitvoering van dit wetsontwerp (waaronder woningbouwcorporaties, gemeenten, politie etc).
- Ten behoeve van het advies aan de rechter over afgifte van een zorgmachtiging ten aanzien van een individu draagt de *Cie* zorg voor een medische verklaring van een onafhankelijk psychiater (niet zijnde het psychiater-lid van de *Cie*), spreekt zij met diverse personen rondom de patiënt, waarbij eventueel beroepsgeheim nietig wordt verklaard, laat zij een zorgplan opstellen door de eigen behandelaar van de patiënt, of als die ontbreekt, door een aangewezen psychiater, laat zij een zorgkaart opstellen door de eigen behandelaar van de patiënt met daarin de behandelvoorkeuren van de patiënt, en hoort zij ook de patiënt zelf in

aanwezigheid van zoveel mogelijk personen, waaronder in ieder geval de aanvrager van het advies aan de cie, de eventuele wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt, de familievertegenwoordiger, de advocaat van de patiënt, en de eventuele behandelaar, of anders de opsteller van het zorgplan en zonodig anderen die hun zienswijze kenbaar willen maken.

- Medische verklaringen dienen altijd te worden afgegeven, ook als de onafhankelijk psychiater van oordeel is dat er geen criteria zijn voor gedwongen zorg.(MvT:“ook wordt daarmee voorkomen dat de verzoeker(familie of officier van justitie) met lege handen staat als de psychiater weigert een geneeskundige verklaring op te stellen”)
- Het zorgplan heeft een voorgeschreven format en biedt een ruime opvatting van het begrip zorg: naast medische interventies(*welke behandeling voor welke diagnose, in welke setting, hoe lang toe te dienen onder dwang, hoe wordt rekening gehouden met de behandelvoorkeuren van de betreffende patiënt, op welke tijdstippen worden proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit van de gedwongen zorg geëvalueerd, hoe wordt de kwaliteit van zorg gegarandeerd*) omvat het allerlei niet-medische interventies, indien de noodzaak hiervan van tevoren wordt voorzien (*huisvredebreuk, fouillering, visitering, fixering, afzondering, separatie, verplichte huisregels, beschermende woonvorm*) en ook dient aangegeven welke voorwaarden(*huisvesting, inkomstenbron*) moeten worden vervuld om deelname van de patiënt aan het maatschappelijke leven te bevorderen.
- Voor al deze zaken heeft de cie 4 weken de tijd voor zij haar conclusie voor de rechter: zorgmachtiging of niet, rond dient te hebben. Als de zorgmachtiging moet aansluiten op een crisismaatregel of wordt afgegeven op eigen verzoek van de patiënt, gekoppeld aan een zelfbindingsverklaring, heeft de cie slechts drie dagen om tot een advies aan de rechter te komen.
- Als de cie concludeert dat er nog voldoende ruimte is voor zorg op basis van vrijwilligheid, die echter niet wordt geleverd, kan zij de hulpverleners hier op aanspreken.
- Als de cie besluit de rechter niet te adviseren een zorgmachtiging af te geven, dan kan de verzoeker van het advies aan de cie, mits uit de medische verklaring is gebleken dat sprake is van een psychische stoornis, waar zorg voor nodig is, buiten de cie om aan de rechter vragen alsnog een zorgmachtiging af te geven(“opdat de aanvrager niet met lege handen staat”)
- De rechter doet bij een zorgmachtiging, na de patiënt of zijn advocaat te hebben gehoord, binnen twee weken na ontvangst van het advies van de cie uitspraak; bij een zorgmachtiging aansluitend op een crisismaatregel of in het kader van een zelfbindingsverklaring binnen drie dagen.
- De zorgmachtiging machtigt alleen tot zorg, waarin voorzien is in het zorgplan., Voor behandel-elementen, waarin niet is voorzien, en die onder dwang moeten worden toegediend, moet de behandelaar, kortdurende crisissituaties daargelaten, via de cie terug naar de rechter voor een nieuwe zorgmachtiging met een aangepast zorgplan.
- De duur van een zorgmachtiging, aansluitend op een crisismaatregel, is maximaal 6 weken, en heeft naast afwenden van de crisis vaak tot doel een zorgplan op te

stellen. De duur van een gewone zorgmachtiging is maximaal 6 maanden als de zorgmachtiging niet aansluit op een eerdere zorgmachtiging, want dan kan de duur één of twee jaar zijn.

- De cie psychiatrie heeft met de crisismaatregel niets van doen, is hoogstens een doorgeefluik van een verzoek tot crisismaatregel aan de burgemeester.
- Voorafgaand aan het opleggen van een crisismaatregel door de burgemeester kan al worden overgaan tot gedwongen zorg, als redelijkerwijs aannemelijk is dat die crisismaatregel zal worden afgegeven
- Bij de crisismaatregel is het de burgemeester die zorgt voor een onafhankelijke medische verklaring en voor het horen van de patiënt(!!!)
- De duur van de crisismaatregel is maximaal 3 dagen. Als daarna een zorgmachtiging wordt gevraagd bij de cie dan zorgt de cie voor een nieuwe medische verklaring van een onafhankelijk psychiater(de tweede in drie dagen), en zo mogelijk een zorgplan, want de cie heeft nu maar drie dagen de tijd om tot een advies aan de rechter te komen.
- De rechter heeft bij een advies tot zorgmachtiging aansluitend aan een crisis maatregel drie dagen de tijd om patiënt te horen, en een beslissing te nemen. Dat houdt in dat de patiënt met een crisismaatregel zonder rechterlijke toetsing maximaal 9 dagen in zijn grondrechten wordt belemmerd(was voorheen 5 dagen)
- Als er een zorgmachtiging is afgegeven dan dient de behandelaar waar de patiënt belandt, ook als hij niet de opsteller is van het zorgplan, zich aan dat zorgplan te houden, sterker, hij is verplicht dat uit te voeren, maar voor hij daartoe over gaat moet hij met deskundigen overleggen nadat hij de patiënt heeft onderzocht. En het besluit zich te houden aan elementen in het zorgplan moet hij op schrift vastleggen, voorzien van motivering, en opgestuurd naar de familievertegenwoordiger, afschrift aan directeur zorgkwaliteit etc. De behandelaar dient ook diverse andere zaken op schrift te stellen en toe te sturen aan diverse gremia, totaal zo'n 13 verschillende schriftelijk gemotiveerde beslissingen.
- Een behandelaar, kan geen zorgmachtiging opheffen. Een directeur zorgkwaliteit wel maar alleen als hij daarvoor het fiat van de cie krijgt.
- Een patiënt met een zorgmachtiging kan tegen de zorgmachtiging zelf alleen in beroep gaan bij de rechtbank. Tegen procedurele elementen uit de zorgmachtiging, met name de 13 schriftelijk gemotiveerde beslissingen, kan hij een klacht indienen, meestal gericht tegen zijn behandelaar dan wel de directeur zorgkwaliteit.
- De klachtencie is niet aan de instelling verbonden waar de patiënt verblijft.
- Tegen uitspraken van de klachtencie kunnen zowel patiënt als behandelaar in beroep.
- De thans geldende regeling dat patiënten die gedwongen zijn opgenomen hun bijstandsuitkering verliezen en ten hoogste aanspraak kunnen maken op bijzondere bijstand, blijft onveranderd.
- De IGZ is belast met het toezicht op naleving van deze wetsregels.
- De minister kan diverse bestuurlijke boetes opleggen aan diverse gremia, die met de uitvoering van dit wetsvoorstel zijn belast, zoals de crisisdienst , de politie, de zorgaanbieder, de cie psychiatrie etc.

