



Aan de Minister van Justitie,
de weledelzeergestrenge heer
dr. E.M.H. Hirsch Ballin
Postbus 20301
2500 EH DEN HAAG

Ministerie van Justitie
DROB/DIV/OAB/AL-OD
Dossier w14799/1043446
Datum 10 FEB. 2009
Nummer 09/5587799
Ambt.

Door Reg. DSC kopie gezonden
aan Duisman

ONDERWERP

Definitieve reactie wetsvoorstel verplichte GGZ, uw brief
d.d. 19 november 2008, kenmerk 5570469/08/6

UTRECHT
6 februari 2009

Excellentie,

Op 30 januari jongstleden deden KNMG, NVvP en NVVA u hun voorlopige reactie toekomen op het wetsvoorstel verplichte GGZ (brief d.d. 30 januari 2009, kenmerk RRo/08-12509). Deze reactie had een voorlopig karakter, in afwachting van bestuurlijke besluitvorming bij GGZ Nederland. GGZ Nederland heeft inmiddels besloten een eigen reactie te concipiëren.

REFERENTIE
RRo / 09-12523

Hieronder treft u de definitieve reactie van KNMG, NVvP en NVVA aan. Deze komt inhoudelijk overeen met onze voorlopige reactie.

Wij zien het wetsvoorstel als een duidelijke verbetering ten opzichte van de huidige Wet Bopz, maar wij formuleren hieronder ook een aantal punten waar nog verdere verbetering van de wettekst kan worden bereikt. Wij vragen hiervoor uw bijzondere aandacht.

Algemeen

Positief vinden wij dat het wetsvoorstel veel logischer en eenvoudiger van structuur is, dat opnemings niet langer centraal staat en dat het locatiegebonden karakter is losgelaten. Daardoor wordt het mogelijk een breed palet aan verplichte zorg 'op maat' via één zorgmachtiging te fiatteren. Het wetsvoorstel is daarmee niet alleen beter te doorgronden dan de al zo vaak 'verbouwde' Wet Bopz, maar sluit ook beter aan bij de huidige tendens van toenemende vermaatschappelijking en extramuralisering van de GGZ. Ook een verbetering vinden wij, dat het wetsvoorstel uitgaat van het verzetscriterium (art. 1.1c) en niet langer van het bereidheidscriterium. Aan mensen die geen bereidheid maar ook geen verzet tonen, kan daardoor eerder noodzakelijke zorg worden geboden. In de memorie van toelichting wordt bovendien ons inziens terecht aangesloten bij de uitleg van het begrip verzet zoals in de praktijk vorm gegeven (reëel verzet). Het zou ondoenlijk zijn iedere uiting van verzet te moeten honoreren. Ook zijn wij verheugd dat het wetsvoorstel het schadebegrip introduceert omdat dat beter aansluit bij internationaal gehanteerde begrippen en bovendien een iets breder bereik heeft dan het gevaarscriterium uit de Wet Bopz (ook financiële schade mag meewegen), terwijl het

KNMG
Mercatorlaan 1200
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

TELEFOON
030-28 23 216

FAX
030-28 23 326

EMAIL
r.de.roode@fed.knmg.nl

WEBSITE
www.knmg.nl

REKENINGNUMMER
Bank 45.64.48.969

gevaarscriterium voor het overige inhoudelijk gehandhaafd blijft. Hierbij merken wij overigens op dat de koppeling van doel en criterium voor verplichte zorg in artikel 3:2 gemakkelijk tot een andere conclusie zou kunnen leiden. Wij nemen aan dat dat niet de bedoeling is en verzoeken u criterium en doel voor alle duidelijkheid van elkaar los te koppelen. Tevens staan wij positief tegenover de regionale organisatie van het klachtrecht en de mogelijkheid van beroep op de rechter door aangeklaagde.

Reikwijdte en relatie tot andere wetgeving

Ten aanzien van de reikwijdte en de verhouding van het wetsvoorstel tot andere wetgeving, wordt in onze ogen onvoldoende onderbouwd waarom voor mensen met een psychische stoornis dit wetsvoorstel geldt, voor mensen met een verstandelijke beperking of dementie (ook psychische stoornissen) het wetsvoorstel Zorg en dwang en voor mensen die somatische zorg onder dwang ondergaan, de WGBO of diens beoogde vervanger: de Wet Cliëntenrechten Zorg.

UTRECHT
6 februari 2009

De drie wetsvoorstellen kennen uiteenlopende criteria en rechtswaarborgen, terwijl het in essentie om hetzelfde gaat: het verlenen van zorg onder dwang. In de praktijk doen zich bovendien mengvormen voor waarin verwarring over de reikwijdte kan ontstaan. Art. 3:2 lid 2 maakt het mogelijk in het kader van een zorgmachtiging ook verplichte zorg toe te passen die gericht is op herstel van de fysieke gezondheid. Dit is een verbetering, maar fysiek herstel mag blijkens de toelichting niet het primaire doel van de zorgmachtiging zijn. Brengt dit nu met zich mee dat geen zorgmachtiging kan worden afgegeven voor mensen die primair een somatische behandeling ondergaan maar door een stoornis die tijdens die behandeling ontstaat, verplichte zorg nodig hebben die primair gericht is op fysiek herstel maar mede op het stabiliseren van de (tijdelijke) stoornis? Denk bijvoorbeeld aan de bejaarde patiënt met een postoperatief delier na een heupfractuur, die moet worden gesedeerd en gefixeerd om (val)gevaar voor zichzelf te voorkomen. Het wetsvoorstel lijkt dit huidige 'gat tussen de WGBO en de Wet Bopz' niet te dichten. Het is wenselijk dat dit wetsvoorstel en eventuele aanpassingen daaraan niet slechts worden beoordeeld op werkbaarheid in de praktijk in de ggz, maar ook in het algemeen ziekenhuis en de spoedeisende hulp.

REFERENTIE
RRo / 08-12523

Ook is onduidelijk onder welke rechtspositieregeling cliënten met dubbele problematiek (zowel een verstandelijke beperking of dementieel ziektebeeld als een psychiatrische stoornis) moeten vallen. Het verschil in benadering doet willekeurig aan en heeft in ieder geval nadere onderbouwing en verduidelijking. Wij vragen ons af of het niet toch meer voor de hand ligt om het wetsvoorstel Zorg en dwang en het onderhavige wetsvoorstel op één leest te schoeien, uniform waar mogelijk en met ruimte voor eigenheid waar noodzakelijk vanwege de verschillende doelgroepen.

Daarnaast is er een relatie met het wetsvoorstel voor een Wet Forensische Zorg (WFZ) dat momenteel eveneens ter consultatie voorligt. Uitgangspunten daarin zijn dat de kwaliteit van zorg binnen de reguliere GGZ en Forensische Zorg equivalent zal moeten zijn en 'dat zo veel mogelijk moet voorkomen worden dat personen met een psychische stoornis of verstandelijke beperking in een justitiële inrichting terecht komen'. Inhoudelijk delen wij dit uitgangspunt. Dit zal echter een zeer grote impact hebben op de reguliere GGZ (en de zorg voor Verstandelijk Gehandicapten). De sector loopt vanzelfsprekend niet weg voor die verantwoordelijkheid, maar is van mening dat de instellingen daartoe zowel materieel als financieel in staat gesteld moeten worden.

De wijze waarop (ex)justitiabelen naar de reguliere GGZ zullen stromen, is in deze twee wetsvoorstellen niet goed geregeld. De procedure als vermeld op pagina 20 van het onderhavige wetsvoorstel en artikel 2.3 WFZ laten de mogelijkheid open dat de strafrechter een zorgmachtiging oplegt zonder dat advies van de commissie is ingewonnen. Dit lijkt onjuist in de systematiek van de Wet Verplichte GGZ. Tevens regelt artikel 8:20 b, dat de directeur zorgkwaliteit een besluit tot onderbreking van de verplichte zorg slechts kan nemen in overeenstemming met de Minister van Justitie.

Voorkomen moet worden dat de GGZ met twee verschillende zorgmachtigingen geconfronteerd wordt, waarbij de zorgmachtiging van de strafrechter andere regels rond totstandkoming en beëindiging kent dan de reguliere zorgmachtiging. Wij adviseren daarom dringend de commissie in deze strafrechtelijke trajecten dezelfde taak toe te bedelen als ten aanzien van alle andere verplichte ggz. Dat zou tevens betekenen dat onderbreking en beëindiging bij deze (ex)forensische patiënten slechts advies van de commissie behoeft (in plaats van overeenstemming met de Minister van Justitie).

UTRECHT
6 februari 2009

Wilsbekwaamheid

Het onderhavige wetsvoorstel maakt in onze ogen onvoldoende duidelijk dat een wilsbekwame patiënt uitsluitend aan verplichte zorg kan worden onderworpen wegens een aanzienlijk risico op ernstige schade voor anderen en niet vanwege een aanzienlijk risico op ernstige schade voor betrokkene zelf. Weliswaar bepaalt art. 2:1 lid 5 dat bij de uitvoering van een zorgmachtiging de wensen en voorkeuren van betrokkene worden gehonoreerd 'tenzij betrokkene niet tot een redelijke beoordeling terzake in staat is', de toevoeging dat dit slechts geldt 'voor zover dat medisch verantwoord is' maakt dit onvoldoende duidelijk en behoeft overigens ook los daarvan nadere toelichting.¹

REFERENTIE
RRo / 08-12523

Onnodig dubbel werk

Ons belangrijkste punt van kritiek betreft de 'tweetrapsraket' in het systeem van besluitvorming over dwang: de commissie adviseert, de rechter beslist. Dit systeem leidt - zoals eerder aangegeven (brief van KNMG, NVvP en GGZ NL gericht aan de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 september 2008) - tot nodeloos dubbel werk, vertraging in de procedure en onduidelijkheden over taakverdeling tussen Commissie en rechter. De wetgever wil kennelijk niet van dit systeem afstappen en vindt dat de besluitvorming over verplichte zorg bij de rechter moet blijven.

Uitgangspunt van het wetsvoorstel is, dat vooraf over dwang wordt beslist. Ook wij zijn daar voorstander van. Een andere pijler van het wetsvoorstel is een meer multidisciplinaire oordeelsvorming over de noodzaak van dwang. Ook daar zien wij de voordelen van in. Beide principes sluiten goed aan bij een regeling die meer uitgaat van het recht op passende en continue zorg en van adequate rechtsbescherming. Wij vinden echter óók van groot belang dat de regeling werkbaar is en geen onnodige bureaucratie veroorzaakt. In het geval de rechter niet marginaal zal mogen toetsen, zullen betrokkenen in beide procedures (zowel bij de Commissie als bij de rechter) moeten worden gehoord. Bovendien treedt in beide procedures een advocaat op. Dit leidt in onze ogen niet alleen tot veel dubbel werk, vertraging en bureaucratie maar bovendien tot veel extra kosten.

¹ Zie over het onderscheid wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid ook het Evaluatierapport. p. 93.

Bovendien verwachten wij dat het aantal beslissingen over verplichte zorg en het aantal door de commissie te verstrekken adviezen in de nieuwe regeling fors zal toenemen, ook al omdat commissie en rechter niet alleen beiden een rol spelen bij het afgeven van de zorgmachtiging maar eveneens bij beëindiging daarvan. In onze ogen leveren de extra kosten en lasten die van dit systeem het gevolg zijn, onvoldoende inhoudelijke meerwaarde op.

Bij dit alles speelt ook de uitvoerbaarheid van de zorgmachtiging een rol. In het wetsvoorstel ziet de Commissie erop toe dat het door haar geadviseerde zorgplan uitvoerbaar is (5:14.2). Aanpassingen door de rechter kunnen de uitvoerbaarheid negatief beïnvloeden. Wij denken daarbij naast behandelaspecten ook aan veiligheidsaspecten. In dat geval zal de rechter naar onze mening ook de zorgverantwoordelijke moeten horen.

Daarom benadrukken wij hier nogmaals onze voorkeur voor een eenvoudiger systeem waarbij de Commissie een (multidisciplinair) beslissende taak wordt toebedeeld en betrokkenen het recht hebben om hoger beroep in te stellen bij de rechter tegen de beslissing van de Commissie. In zo'n systeem blijft het principe van multidisciplinaire besluitvorming in stand, wordt nodeloos dubbel werk voorkomen terwijl tevens - en wij stellen dat met nadruk - de mogelijkheid van een beroep op de rechter gehandhaafd blijft. Omdat een besluitvormende taak nu eenmaal een andere bezetting vraagt dan wanneer de Commissie een louter adviserende taak krijgt toebedeeld, zal deze oplossing ook de samenstelling van de Commissie ten goede komen.

UTRECHT
6 februari 2009

REFERENTIE
RRo / 08-12523

De pilots beogen de uitvoerbaarheid van de wet in de praktijk te onderzoeken. Wij vinden dat de resultaten van deze pilots medebepalend moeten zijn voor de noodzakelijke aanpassingen van het wetsvoorstel. Hoewel binnen die pilots niet met een besluitvormend model zal worden geëxperimenteerd, gaan we ervan uit dat toch voldoende gegevens op tafel zullen komen om te beoordelen of een tweetrapsraket nu werkelijk meerwaarde heeft boven het eerder door ons bepleite model. Intussen houden wij vast aan ons verzoek om het wetsvoorstel alsnog in de door ons gewenste richting aan te passen.

Bandbreedte zorgmachtiging

Van belang voor de rechtszekerheid alsmede voor de werkbaarheid van de regeling vinden wij, dat meer duidelijkheid wordt gegeven over de bandbreedte van een zorgmachtiging. De zorgmachtiging moet zó concreet zijn dat betrokkenen duidelijk weten welke vorm(en) van verplichte zorg onder welke omstandigheden zijn toegestaan en de zorgverantwoordelijke tegelijkertijd voldoende ruimte geven om in te spelen op de - altijd weer verschillende - situaties waarin de noodzaak tot verplichte zorg zich in de praktijk voordoet. Voorkomen moet worden de zorgverantwoordelijke steeds als hij een in de zorgmachtiging gesanctioneerde vorm van verplichte zorg daadwerkelijk toepast (waartoe hij multidisciplinair overleg moet voeren en een aparte beslissing moet nemen, deze gemotiveerd op schrift moet stellen en betrokkene moet informeren over de mogelijkheid om een klacht in te dienen) geconfronteerd kan worden met een klacht van betrokkene dat er verplichte zorg buiten de zorgmachtiging om wordt toegepast, een klacht die bij gegrondverklaring noodzaakt om een nieuwe zorgmachtiging aan te vragen (art. 8:18 lid 2). Aldus doemt een onwerkbaar geheel op, dat onvoldoende ruimte laat voor de in de praktijk benodigde flexibiliteit. Zo dient bijvoorbeeld het besluit tot een langdurende behandeling met een depotpreparaat te worden gezien als één klachtwaardig besluit, om te verhinderen dat elk onderdeel van dit traject nieuwe klachten kan genereren.

In dit verband verdient opmerking dat de lijst met vormen van verplichte zorg die in crisissituaties buiten de zorgmachtiging om mogen worden toegepast (art. 8:17 lid 2) (kennelijk ontleend aan de maatregelen genoemd in de artikelen 39 en 40 van de huidige Wet Bopz) willekeurig aandoet. Zo ontbreken interventies als het leegpompen van de maag na een tentamen suïcide of het hechten van door automutilatie toegebrachte wonden, interventies die in de GGZ nu eenmaal geregeld voorkomen.² Het is überhaupt de vraag of het nodig is deze interventies zo exact te definiëren en te voorzien van ook andere, meer specifieke rechtsgronden dan het criterium voor verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging.

Tenslotte verdient in dit verband opmerking dat ook het systeem van beëindiging van verplichte zorg, zorgmachtiging en crisismaatregel weinig flexibel overkomt. De commissie speelt ook hier een centrale rol. De directeur zorgkwaliteit moet, alvorens tot beëindiging te kunnen besluiten, advies vragen aan de commissie. Onduidelijk daarbij is op welke informatie de commissie haar advies zal steunen. Volgt directeur zorgkwaliteit het advies niet, dan moet de commissie het oordeel van de rechter vragen. Ingegeven door het – op zichzelf legitieme – streven om machtigingen niet uit onmacht op te heffen, kan deze regeling er ook toe leiden dat patiënten langer dan nodig verplichte zorg krijgen hetgeen uiteraard als ongewenst kan worden aangemerkt.

UTRECHT
6 februari 2009

REFERENTIE
RRo / 08-12523

Beroepsgeheim

KNMG, NVvP en NVVA maken zich zorgen over de regeling van het zonder toestemming verstrekken van gegevens aan de Commissie Psychiatrische Zorg (paragraaf 5). Deze regeling zet het beroepsgeheim van de arts/psychiater behoorlijk onder druk en de vraag is of dat zo vergaand noodzakelijk is. De regeling behoeft ons inziens nog verdere doordenking. Wij onderkennen dat de Commissie voor een goede oordeelsvorming over een ingrijpende kwestie als verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging, over voldoende informatie moet beschikken. Wij vinden de belangen die gediend zijn met het beroepsgeheim (bescherming van de vertrouwensrelatie arts-patient cq. toegankelijkheid van de zorg) echter ook van groot gewicht. Bovendien strekken de taken van de Commissie zich ook uit over situaties waarin de arts/gegevensverstrekker de noodzaak van verplichte zorg mogelijk in het geheel niet deelt. Iedereen kan de Commissie immers om een advies vragen. Een plicht voor de zorgverantwoordelijke om een zorgplan te verstrekken en een recht voor iedere geheimhouder ongeacht diens positie, om zonder toestemming inlichtingen te verstrekken voor zover noodzakelijk voor de taken van de commissie, gaat ver. Te overwegen valt om onderscheid te maken tussen geheimhouders die een relatie met betrokkene hebben in het kader van verplichte zorg en geheimhouders wier relatie met betrokkene louter vrijwillig is en ook zoveel mogelijk gevrijwaard dient te blijven van druk op het beroepsgeheim.

Crisismaatregel

Enkele bezwaren bestaan ten aanzien van de crisismaatregel. Met name de hoorplicht van de burgemeester (art. 7.5 lid 2 onder b) lijkt niet te passen binnen dergelijke crisissituaties. Tevens adviseren wij u bij de beëindiging van de crisismaatregel door de directeur zorgkwaliteit (art. 7:7 onder b) het vereiste van art. 8:11 lid 3 ten aanzien van het advies van de commissie, te laten vervallen. Met name vanuit de kinder en jeugdpsychiatrie wordt hierop aangedrongen, aangezien in deze sector een

² Zie: T.P. Widdershoven, De Wet Bopz en de psychiatrie. Kanttekeningen bij een regeling. Preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 2003, p. 34 ev.

groot aantal van de IBS-en na korte tijd kan worden beëindigd en uitstel van beëindiging door een adviesprocedure hier niet wenselijk is.

De positie van de psychiater

Binnen kringen van psychiaters bestaan nadrukkelijke vraagtekens over een groot aantal nieuwe termen (zorgverantwoordelijke, directeur zorgkwaliteit, medisch expert e.d.). Er vanuit gaande dat dit wetsvoorstel zich richt op de GGZ, menen wij dat explicieter dient te worden verwezen naar de deskundigheid van de psychiater. Indien dit wetsvoorstel ook de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten gaat omvatten, verdient aanbeveling tevens explicieter te verwijzen naar de deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde³ en de arts voor verstandelijk gehandicapten. In meer algemene zin zou de meest deskundige arts op het terrein van de problematiek van de patiënt tot het toepassen van verplichte zorg conform de zorgmachtiging moeten beslissen. Welke arts dit is, zou bijvoorbeeld bij AMvB kunnen worden geregeld.

UTRECHT
6 februari 2009

Toezicht

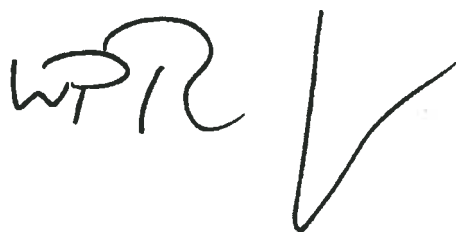
Tevens merken wij op dat persoonsgericht toezicht in het wetsvoorstel thans volledig ontbreekt. Deze taak rust op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen op de schouders van de instelling, maar in een regeling die ziet op de mogelijkheid om inbreuk te maken op de rechten van zeer kwetsbare mensen, ligt voor de hand toch meer te doen dan dat. Wij geven daarom in overweging de patiëntenvertrouwenspersoon bij wet en ook voor individuele gevallen, een signalerende taak te geven naar de zorgverantwoordelijke, de directeur zorgkwaliteit en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarnaast is wenselijk dat het toezicht door de IGZ nader wordt beschreven. Voorts vragen wij aandacht voor een systematiek om (zoals nu in BOPZIS) landelijk data bij te houden over toepassing van verplichte GGZ.

REFERENTIE
RRo / 08-12523

Tenslotte

Wij benadrukken de positieve gang van zaken tot nog toe, rond de voorbereiding van dit wetsvoorstel. Vanuit onze organisaties zullen wij deze constructieve samenwerking met alle partijen graag voortzetten. Aanpassingen van het wetsvoorstel zoals hiervoor door ons bepleit, achten wij daarbij van groot belang.

Hoogachtend,
mede namens de NVvP en de NVVA,



mr. W.P. Rijkse,
algemeen directeur KNMG

³ De nieuwe benaming per 15 juli 2009 van de verpleeghuisarts/sociaal geriater (Stcrt. 59, 15 januari 2009).