

Van der Boechorststraat 7
1081 BT Amsterdam
Postbus 7057
1007 HB Amsterdam

telefoon 020 - 4448206/48384
fax 020 - 4448387

www.sgvumc.nl
www.emgo.nl

VU medisch centrum



datum	ons kenmerk	telefoon	fax
27 oktober 2016		06 28842377	
onderwerp	uw kenmerk/uw brief van	e-mail	bijlage(n):
Position paper Wet verplichte ggz - t.b.v. rondetafelgesprek 31 oktober a.s.		b.frederiks@vumc.nl	4 (artikelen)

Geachte leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Naar aanleiding van uw uitnodiging voor het rondetafelgesprek van 31 oktober aanstaande over de Wet verplichte GGZ geef ik in deze position paper mijn zienswijze op uw drie vragen. In mijn antwoorden beperk ik mij tot de Wet zorg en dwang, aangezien daar mijn deskundigheid ligt. Daarnaast richt ik mij tot een drietal thema's die alle drie een essentieel onderdeel vormen van de rechtsbescherming van cliënten met een verstandelijke beperking dan wel een psychogeriatrische aandoening.

- Het ontbreken van de geneesheer-directeur in de Wet zorg en dwang
- De invulling van de cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang
- De reikwijdte van de Wet zorg en dwang ('opname-wet')

Bij de behandeling van deze drie thema's wil ik ook stil staan bij de verschillen die er straks zullen ontstaan tussen de psychiatrie enerzijds en de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric anderzijds. In het licht van het recentelijk aangenomen VN-verdrag voor mensen met een beperking toch wel *bijzonder*. Dit verdrag heeft juist als doel om de mensenrechten van mensen met een beperking te bevorderen, te beschermen en te waarborgen. Het 'anders' georganiseerd zijn en andere problematiek in beide sectoren mogen *absoluut* geen reden zijn om de rechtsbescherming verschillend (lees 'minder goed') vorm te geven. Een belangrijke uitkomst van de tweede wetsevaluatie Bopz (2002) was dat de Wet Bopz vervangen moest worden door een aparte wet in de VG en de PG. De redenen die daarvoor *toen* zijn genoemd, zijn inmiddels achterhaald (zie Frederiks, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2015) en rechtvaardigen niet (meer) dat er in de toekomst twee verschillende wetten komen.

In hoeverre zijn de voorgestelde wetsvoorstellen uitvoerbaar en bieden ze een oplossing voor de maatschappelijke problemen van vandaag?

De Wet zorg en dwang heeft een behoorlijke impact op de praktijk. Het gaat dan concreet om het stappenplan en de bijbehorende registratie die gelden voor alle negen (limitatieve) vormen van onvrijwillige zorg. De wijze waarop de registratieplicht in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking nader ingevuld moet gaan worden wordt op dit moment door VUmc/VU in samenwerking met VGN en het veld nader uitgewerkt. Actiz is overigens niet bij dit onderzoek betrokken.

De Wet zorg en dwang is na de tweede en derde nota van wijziging Wvvggz nog meer een 'opnamewet' geworden. Dit betekent concreet dat cliënten met een RM/IBS/artikel 60 *moeten* zijn opgenomen in een accommodatie. Daarnaast mag onvrijwillige zorg alleen binnen de muren van een accommodatie worden



toegepast. Hoezo cliëntvolgend? Met de komst van de WLZ, de WMO2015 is er veel veranderd in de langdurige zorg. Verzorgingsplaatsen verdwijnen en intramurale plekken worden minder. De Wet zorg en dwang volgt deze ontwikkeling niet, tenzij de AMvB in artikel 2a nader wordt uitgewerkt en mogelijkheden als een voorwaardelijke machtiging worden toegevoegd aan de inhoud van de wet.

Zijn de voorgestelde wetsvoorstellen in overeenstemming met de (juridische) grondbeginselen en houden ze rekening met mensen die in een situatie van ernstig nadeel kunnen (komen) te verkeren?

Een belangrijke uitkomst van de tweede evaluatie Wet Bopz (2002) is dat de rechtspositie van cliënten in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg onvoldoende wordt beschermd. De Wet zorg en dwang zou daar verandering in kunnen brengen. Echter, de werkelijkheid is anders. Ik noem slechts *een paar* voorbeelden:

1. De Bopz-arts ontbreekt in de Wet zorg en dwang om oneigenlijke redenen. Verenso en de NVAVG hebben een model-taakbeschrijving voor de functie van Bopz-arts waarin de wettelijke taken van de geneesheer-directeur voor de sectoren staan beschreven. Bopz-artsen vervullen de spilfunctie rondom het beleid van vrijheidsbeperking en, niet onbelangrijk, zij hebben een belangrijke verantwoordelijkheid als het gaat om het houden van toezicht op vrijheidsbeperking.
2. Het is goed dat er nu eindelijk een wettelijke regeling komt die ook de beide cliëntgroepen (VG en PG) voorziet van een recht op ondersteuning bij het verwezenlijken van hun rechtspositie. Een recht dat inmiddels in de psychiatrie in de vorm van de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) al zo'n dertig jaar bestaat. Evenzogoed kan echter worden opgemerkt dat de voorgestelde regeling voor de cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) niet meer dan een soort pvp-light is. De pvp in de psychiatrie is volstrekt onafhankelijk van de zorgaanbieders: de pvp is in dienst van de landelijke Stichting PVP die door het Ministerie van VWS wordt gefinancierd. De Stichting PVP staat borg voor de kwaliteit en de continuïteit van deze vorm van rechtsbescherming en wordt rechtstreeks gecontroleerd door de overheid. Voor de cvp geldt echter voornamelijk dat de zorgaanbieder zelf aan zet is om deze voorziening vorm te geven en is ook de rekening voor die zorgaanbieder. Dat biedt beduidend minder waarborgen en is ook principieel bedenkelijk. De Stichting PVP is al jaren een succes. Waarom komt er niet gewoon ook een Stichting CVP?
3. De Wkkgz introduceert een klachtenfunctionaris. De minister en staatssecretaris van VWS hebben voorgesteld om de klachtenfunctionaris en cliëntenvertrouwenspersoon uit de WZD samen te voegen, waardoor de onafhankelijke en deskundige bijstand aan cliënten van een cliëntenvertrouwenspersoon ernstig in gevaar komt.

Welke mogelijkheden zijn er om de voorgestelde wetsvoorstellen te verbeteren?

- In de Wet zorg en dwang een positie opnemen vergelijkbaar met die van geneesheer-directeur in de Wvggz.
- De AMvB over de thuiszorg op zeer korte termijn uitwerken, waardoor inzichtelijk wordt welke mogelijkheden voor onvrijwillige zorg buiten de muren van een instelling mogelijk zijn zodat de WZD meer in lijn is met de ontwikkelingen in de langdurige zorg
- De mogelijkheid van een voorwaardelijke machtiging in de Wet zorg en dwang opnemen (zie Hoge Raad 2 oktober 2015, met noot B.J.M. Frederiks en S.M. Steen).
- Een Stichting CVP wettelijk verankeren en de cvp en de klachtenfunctionaris strikt gescheiden houden

Concluderend

De extra kwetsbare positie van mensen met een verstandelijke beperking en een psychogeriatric aandoening, de transitie van de langdurige zorg (WLZ, WMO2015), de uitkomsten van de tweede evaluatie Wet Bopz en de ratificatie van het VN-verdrag voor mensen met een beperking vereisen een wettelijke regeling waarin de rechtsbescherming voor cliënten in beide sectoren van een uitmuntend niveau is die bovendien vergelijkbaar is met de rechtsbescherming in de Wvggz.

Ter onderbouwing van deze paper stuur ik vier bijlagen mee:

- Frederiks, B. en R. Knuiman. In Wet zorg en dwang geen plaats voor Bopz-arts. Een onverstandige keuze. Nederlands Juristenblad, 2016 (37), p. 2759-2762.
- Steen, S.M. Samenloop tussen de Wkkgz en de Wet Bopz: een verbetering voor klachtenbehandeling. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2016 (40), p. 419-430.
- Frederiks, B.J.M. Voortschrijdend inzicht. Gedwongen zorg in psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg in een wettelijke regeling met psychiatrie. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2015 (39), p. 226-231.
- Hoge Raad 2 oktober 2015, met noot B.J.M. Frederiks en S.M. Steen)

Met vriendelijke groeten,

Mr.dr. B.J.M Frederiks (VUmc/EMGO+)

