

Algemene opmerkingen bij de wetsevaluatie

Voorgesteld artikel 1 lid 1 sub k Wzd:

Een Wzd-functionaris is degene die toeziet op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige gedwongen zorg en de mogelijke afbouw ervan en die verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige gedwongen zorg. Een dergelijke verantwoordelijke functie vereist ons inziens minimaal een deskundigheid op het niveau van een verpleegkundig specialist. Wat ons betreft wordt 'verpleegkundige' daarom vervangen door 'verpleegkundig specialist'.

Tevens is het onduidelijk of 'ter zake kundige' alleen op artsen of ook op gezondheidspsychologen en orthopedagogen-generalist toeziet?

Daarnaast lijkt het niet passend dat een orthopedagoog of psycholoog dit niet mag en een verpleegkundig specialist wel, wetende dat hier mogelijk het tuchtrecht bij speelt. Deze disciplines hebben meer expertise op dit gebied.

Oud verwijderd artikel 5 lid 2 Wzd:

Wij missen met het verwijderen van lid 2 van artikel 5 de vastlegging van de taken en verantwoordelijkheden die zijn toebedeeld aan de zorgverantwoordelijke.

Voorgesteld artikel 26 lid 3 Wzd:

Wij zien graag toegevoegd dat wordt geregeld dat het CIZ een afschrift van het ingediende verzoekschrift naar de aanvrager -of in elk geval de zorgaanbieder die ook op de zitting wordt gehoord- stuurt. Dat is van belang voor de voorbereiding van de zitting, in geval van eventuele wijzigingen die het CIZ heeft gemaakt in de aanvraag.

Op verzoek daarbij voorbeelden van dergelijke wijzigingen uit de praktijk:

- Het CIZ schreef in een casus: de verstandelijke beperking is voldoende vastgesteld voor de rechterlijke machtiging, maar de verstandelijke beperking is niet definitief vastgesteld, zodat daardoor geen garantie bestaat voor een eventuele Wlz-aanvraag in de toekomst. De advocaat die het verzoekschrift wel in handen had gebruikte deze zinsnede tijdens de zitting om te beargumenteren dat een cliënt geen vastgestelde verstandelijke beperking had (en derhalve niet kon worden opgenomen met een rechterlijke machtiging), terwijl dat niet was wat het CIZ bedoelde. Zonder de informatie in het verzoekschrift en deze context kon de zorgverlener dit tijdens de zitting niet weerleggen.
- Door de zorgaanbieder was in de stukken aangegeven dat een tolk noodzakelijk was bij de zitting, maar dit was niet door het CIZ overgenomen in het verzoekschrift. Omdat de zorgaanbieder het verzoekschrift niet had was er geen tolk aanwezig bij de zitting, waardoor deze niet door kon gaan.
- In dit specifieke geval was de diagnostiek bij de aanvraag van de indicatie (SGLVG) nog niet volledig afgerond, wat benoemd was in die aanvraag. Bij de latere aanvraag van de rechterlijke machtiging was er in de tussentijdse periode wel degelijk diagnostiek gedaan, en beeldvorming en ondersteuningsbehoefte was helder geworden. Echter, het CIZ leverde vervolgens óók de informatie uit de SGLVG-aanvraag aan, waaruit zou blijken dat de diagnostiek nog niet voldoende richting gaf. Het was de rm aanvrager echter niet duidelijk dat deze sterk verouderde informatie was meegestuurd, en dit bleek tijdens de zitting. Als gevolg daarvan werd in de zitting deze onduidelijkheid benadrukt, waarop de afgifte van de rm voor 2 maanden werd aangehouden, en er werd een nieuwe zitting gepland. Daarna moest er nog een onafhankelijk

psychiater worden ingeschakeld (bovenop die al ingeschakeld was) voor een herbeoordeling, wat opnieuw voor vertraging zorgde.

Voorgesteld artikel 28c lid 3 Wzd:

Met het toevoegen van een forensische variant van de artikel 2.3 Wfz-machtiging in de toekomst wordt de civiele variant een gewone civiele rechterlijke machtiging. Wat ons betreft dient daarmee het derde lid van artikel 28c Wzd verwijderd te worden, zodat geen wachttijstomzeiling plaatsvindt.

Artikel 28aa wzd:

De voorwaardelijke machtiging is wat ons betreft van toegevoegde waarde, maar niet als deze alleen ziet op de aansluiting op de jeugdhulp. Daarnaast zijn een verstandelijke beperking en bijkomende psychische problematiek niet aan leeftijdsgrenzen gebonden en kan een stok achter de deur om je aan voorwaarden te houden voor meer cliënten helpend zijn om zich te handhaven in de maatschappij, waarbij opname en ambulante dwang juist voorkomen kunnen worden. De problematiek eindigt niet bij 23 jaar. De zinsnede *“die de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt maar nog niet de leeftijd van drieëntwintig jaar, aansluitend op de verlening van jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet aan”* moet derhalve verwijderd worden.

Zorgplan

Oud verwijderd artikel 7 Wzd:

In het oude artikel 7 Wzd werd vastgelegd dat de zorgverantwoordelijke zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen zes weken een zorgplan vaststelt. Dit artikel is vervallen, daarbij wordt mede verwezen naar de Wlz waar al enkele bepalingen bestaan over het vaststellen van een zorgplan. Wij vroegen ons af of er niet aanvullends iets geregeld moet worden over het vaststellen van het zorgplan voor de cliënten die niet onder de Wlz vallen, zoals de forensische cliënten?

Voorgesteld artikel 6 lid 2 sub a Wzd:

In de Memorie van Toelichting staat hierbij:

Indien wordt vastgesteld dat de cliënt wilsonbekwaam ter zake is, kan er overigens misschien nog steeds aan diens wensen en voorkeuren tegemoet gekomen worden.

Wat ons betreft mag deze toevoeging in de wet worden opgenomen, zodat duidelijk is dat de stem van de cliënt belangrijk is, ook indien hij de consequenties van zijn keuzes niet volledig kan overzien.

Voorgesteld artikel 6 lid 2 sub b Wzd:

2. Bij de overweging, de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van gedwongen zorg, een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of rechterlijke machtiging tot opname worden de wensen en voorkeuren van de cliënt ten aanzien van de gedwongen zorg gehonoreerd, tenzij:

a. de cliënt niet tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is; of

b. acuut levensgevaar voor de cliënt dreigt dan wel er een aanzienlijk risico voor een ander is op levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële

schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, of om ernstig in zijn ontwikkeling te worden geschaad, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Is sub b niet tegenstrijdig met het ernstig nadeelbegrip van artikel 1 lid 2? Er ontbreekt in dit begrip van artikel 6 lid 2 sub b Wzd namelijk het aanzienlijk risico op ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, of om ernstig in zijn ontwikkeling te worden geschaad voor de cliënt zelf. Wat is precies de betekenis van dit artikellid? Een crisismaatregel kan bijvoorbeeld ook worden opgelegd indien er sprake is van aanzienlijk risico van cliënt op ernstig lichamelijk letsel -geen levensgevaar zijnde- en de cliënt zich wilsbekwaam tegen gedwongen opname verzet. Hoe moeten we dan de wensen en voorkeuren van de cliënt hierin honoreren (en ook nog niet 'zoveel mogelijk', maar volledig)?

Voorgesteld artikel 6 lid 3 Wzd:

In dit artikellid wordt gesteld dat bij de overweging, de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van de gedwongen zorg, (...) de familie, de naasten van de cliënt en de huisarts zoveel mogelijk worden betrokken.

Naar onze mening is dit in strijd met het beroepsgeheim. De huisarts is bij de uitvoering van de gedwongen zorg in de instelling geen noodzakelijk bij de zorg betrokken zorgverlener meer en familie en naasten zijn ook derden waar tegenover in beginsel het beroepsgeheim geldt. Er wordt met deze bepaling geen informatieverstrekkingsbevoegdheid gecreëerd en die is volgens ons ook niet aan de orde bij de uitvoering van gedwongen zorg in de instelling.

De Memorie van Toelichting stelt nog: *Tegelijkertijd is het mogelijk dat de cliënt aangeeft om bepaalde familieleden of naasten juist niet te betrekken. De zorgverantwoordelijke wordt dan in beginsel geacht daarmee rekening te houden. Echter, als de zorgverantwoordelijke denkt dat het juist wel van belang kan zijn om het betreffende familielid of de naaste te spreken of te bevragen, dan kan de zorgverantwoordelijke die persoon afzonderlijk benaderen.*

Volgens ons betracht je met de laatste alinea als zorgverantwoordelijke niet de zorg van een goed hulpverlener, nog los van het breken van het beroepsgeheim.

De bepaling is gekopieerd uit de Wvvggz, maar de toelichting wijkt wel af. In de toelichting bij de Wvvggz wordt niet gesteld dat de zorgverantwoordelijke toch met naasten moet overleggen als cliënt het er niet mee eens is.

Voorgesteld artikel 11 lid 1 sub c Wzd:

Dit artikel bepaalt dat de zorgverantwoordelijke de gedwongen zorg evalueert indien de cliënt of de vertegenwoordiger een gemotiveerd verzoek om een evaluatie doet. Deze schrijfwijze zorgt ervoor dat de zorgverantwoordelijke telkenmale de zorg moet evalueren, ook als de cliënt een sport maakt van het doen van (herhaalde) evaluatieverzoeken. De zorgverantwoordelijke krijgt bijvoorbeeld geen bevoegdheid een veelvuldig herhaald evaluatieverzoek af te wijzen.

Voorgesteld artikel 11 lid 3 Wzd:

In dit artikellid wordt een bevoegdheid gecreëerd voor de cliënt of de vertegenwoordiger om een andere deskundige te betrekken bij de gedwongen zorgverlening. Aan deze deskundige worden echter geen enkele eisen gesteld, zo hoeft de deskundige niet eens werkzaam te zijn in de zorg. Ook mag de cliënt eindeloos (herhaald) een deskundige

toevoegen aan het overleg, zonder dat de zorgverantwoordelijke bevoegdheden krijgt om veelvuldig herhaalde verzoeken af te wijzen.

Forensische zorg

Oud verwijderd artikel 7 Wzd:

In het oude artikel 7 Wzd werd vastgelegd dat de zorgverantwoordelijke zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen zes weken een zorgplan vaststelt. Dit artikel is vervallen, daarbij wordt mede verwezen naar de Wlz waar al enkele bepalingen bestaan over het vaststellen van een zorgplan. Wij vroegen ons af of er niet aanvullends iets geregeld moet worden over het vaststellen van het zorgplan voor de cliënten die niet onder de Wlz vallen, zoals de forensische cliënten?

Overigens wordt bij de algemene uitgangspunten van de zorgverlening uitgegaan van aansluiting bij de Wlz wat betreft zorgverlening aan de cliënt. De Wlz gaat uit van een van de cliënt uitgaande zorgvraag, waarbij de zorgaanbieder aansluit. Het is dan vanzelfsprekend dat de zorgaanbieder zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen en de voorkeuren van de cliënt ten aanzien van de zorgverlening. De forensische zorg heeft echter een ander doel en richt zich op de voorkoming van recidive in plaats van dat het uitgaat van de zorgvraag van de cliënt.

Voorgestelde artikel 50 lid 1 Wzd:

In de Memorie van Toelichting staat bij dit artikel het volgende:

Indien de cliënt op enig moment niet meer wenst te voldoen aan de gestelde voorwaarde zich te laten opnemen en daar te laten behandelen, zal de zorgverantwoordelijke moeten afwegen welke reactie passend is. Voor zover mogelijk zou moeten worden voorkomen dat de cliënt vanwege het intrekken van de instemming niet langer in de accommodatie kan verblijven, terwijl dit wel de meest passende plaats is. Indien het intrekken van de instemming een gevolg is van de aandoening of verstandelijke beperking en er is sprake van ernstig nadeel, kan een crisismaatregel of rechterlijke machtiging tot opname worden aangevraagd. Anders volgt al naar gelang de strafrechtelijke titel een strafrechtelijke reactie. Bij gedetineerden volgt bijvoorbeeld terugplaatsing naar de penitentiare inrichting of de inrichting voor stelselmatige daders. Ten aanzien van terbeschikkinggestelden kan de officier van justitie vorderen dat de verpleging van overheidswege wordt hervat of dat alsnog verpleging van overheidswege plaatsvindt, in welk geval de cliënt direct aansluitend aan zijn verblijf in de accommodatie (dus zonder in vrijheid te worden gesteld) wordt overgebracht naar de desbetreffende instelling. En in geval van een straf of maatregel die (deels) voorwaardelijk niet wordt tenuitvoergelegd, kan de officier van justitie een vordering tot tenuitvoerlegging indienen.

Volgens ons heeft de zorgverantwoordelijke niet zelfstandig de bevoegdheid om af te wegen welke reactie passend is. Het is immers de reclassering (in sommige gevallen het OM) die toezicht houdt op de naleving van de voorwaarden waaraan de cliënt zich dient te houden. De toezichthouder is dan ook degene die bevoegd is om te toetsen of de cliënt een gestelde voorwaarde niet wil naleven en wat daarvan de consequentie dient te zijn. In overleg met de reclassering / zorgverantwoordelijke en cliënt wordt daarover besloten (liefst al voor aanvang van de behandeling). Het aanvragen van een crisismaatregel of rechterlijke machtiging leidt tot onduidelijkheid over het verzet tegen de opname, waardoor men zich bijvoorbeeld kan afvragen of de strafrechtelijke titel nog ten uitvoer wordt gelegd. Dergelijke dubbeltitels worden liefst zo veel mogelijk voorkomen, vooral ook in het belang van duidelijkheid voor de cliënt (maar ook voor degenen die ermee moeten werken).

Tot slot staat in de Memorie van Toelichting:

Voor zover de strafrechtelijke titel geen grondslag voor vrijheidsbeneming bevat, dient de cliënt vanzelfsprekend wel in vrijheid te worden gesteld.

Ook hiermee zijn we het niet eens. De zorgaanbieder mag een cliënt niet zelfstandig in vrijheid stellen indien deze op basis van een forensische zorgtitel bij de zorgaanbieder verblijft (zie ook forensisch handboek). Ook dient altijd een toets plaats te vinden of sprake is van ernstig nadeel indien cliënt in vrijheid wordt gesteld. Dan heeft de zorgaanbieder de plicht om een gedwongen opnametitel aan te vragen.

Voorgestelde artikel 51 lid 1 sub b Wzd:

De overplaatsing van de cliënten die onder deze subgroep forensische cliënten vallen vindt plaats niet (zozeer) via de zorgaanbieder, de reclassering vraagt na overleg met de zorgaanbieder een herindicatie aan.

Voorgestelde artikel 51 lid 4 Wzd:

De regeling biedt onduidelijkheid, omdat deze (misschien?) een intrekingsbevoegdheid geeft, aan de zorgaanbieder. In de Bvt is een bevoegdheid voor het hoofd van de instelling om het verlot in te trekken (artikel 50 lid 3 Bvt). Hoe verhoudt deze artikelen zich tot elkaar?

Voorgestelde artikel 60b lid 2 Wzd:

Het voorgestelde artikel 60b lid 2 Wzd regelt het volgende:

Indien een cliënt als bedoeld in hoofdstuk 3a zich onttrekt aan gedwongen zorg meldt de zorgaanbieder dit aan Onze Minister van Justitie en Veiligheid.

Volgens de toelichting is deze bepaling gekopieerd uit de Wvvgz. Wij begrijpen het melden van een onttrekking aan de vrijheidsbeneming. Volgens ons is het onjuist dat elke onttrekking van elke forensische cliënt aan elke vorm van gedwongen zorg gemeld zou moeten worden. Ons inziens zou enkel gedwongen zorg in de vorm van gedwongen opname gemeld moeten worden bij de forensische cliënten waarbij de titel strekt tot vrijheidsbeneming. Het overige zou onderdeel kunnen zijn van de voorwaarden, dit wordt gemeld aan de reclassering of andere toezichthouder.

Huisregels

Wij missen de bevoegdheid tot onderzoek aan lichaam en/of kleding zonder gegronde vermoedens van aanwezigheid van voorwerpen die niet in het bezit mogen zijn of zonder urgente situatie. Voor de veiligheid is het noodzakelijk dit onderzoek te doen bij alle cliënten die nieuw binnenkomen in de kliniek (vooral hoogbeveiligd). Het is ook een Prestatie-eis bij de hoogbeveiligde forensische zorg (gecontroleerde in- en uitvoer van personen en goederen). Als instelling moet je ook altijd zelf kunnen instaan voor de veiligheid van medewerkers en (mede)cliënten.

Wvvgz-Wzd

Voorgesteld artikel 8:20a lid 1 en lid 3 Wvvgz:

Artikel 8:20a 1. Onverminderd het bepaalde in artikel 8:7, kan de zorgaanbieder aan een cliënt tijdelijk op grond van artikel 48b van de Wet zorg en dwang is overgeplaatst, gedwongen zorg

zoals vastgelegd in het zorgplan, bedoeld in artikel 10, derde lid, van de Wet zorg en dwang, aan de cliënt verlenen. Artikel 8:9 is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 48b Wzd biedt de mogelijkheid om 'al dan niet tijdelijk' de cliënt over te plaatsen. Artikel 8:20 a lid 1 Wvggz sluit hierop aan door te bepalen dat gedwongen zorg kan worden verleend aan de overgeplaatste cliënt. Lid 3 bepaalt dat de rechtelijke machtiging wordt aangemerkt als een zorgmachtiging tot opname in de accommodatie. Deze bepalingen dragen bij aan een gemakkelijkere overgang van de Wzd-accommodatie naar de instelling die de Wvggz uitvoert. Derhalve kan cliënt worden overgeplaatst indien er plek is in de Wvggz instelling. Tegelijkertijd voorzien de WvGGZ instellingen grote problemen met de uitvoerbaarheid. De WvGGZ instelling kan niet volgens de WZD stappenplan handelen. De verwachting dat het zorgplan voldoende zal voorzien in noodzakelijke verplichte zorg is niet realistisch. Daarnaast, en belangrijker dan voorgaande: instellingen kunnen niet met twee kaders tegelijk werken.

Indien deze wijziging wel ingaat, zouden wij de soepele overplaatsing ook graag zien voor cliënten waarvan van te voren vaststaat dat zij niet terugkeren in de Wzd-accommodatie en waarbij dus geen sprake is van een tijdelijke overplaatsing. Ook voor deze cliënten is het van belang dat zij kunnen worden overgeplaatst op het moment dat er plek is in de Wvggz-instelling en er niet hoeft te worden gewacht op de zorgmachtiging.¹

Daarnaast is een vergelijkbare regeling ook noodzakelijk voor degene die in een Wvggz-accommodatie verblijft maar wordt overgeplaatst naar een Wzd-accommodatie. Het gaat dan in de praktijk waarschijnlijk niet om tijdelijke plaatsingen, maar over een versoepeling van verplaatsing van het ene naar het andere regime. Bepaald zou kunnen worden dat de zorgmachtiging nog even geldig is bij opname in de Wzd-accommodatie, zodat geplaatst kan worden indien er plek is in de instelling en er daarna een rechterlijke machtiging kan worden aangevraagd. Een crisismaatregel biedt hiervoor niet altijd een oplossing, omdat niet altijd sprake is van ernstig nadeel dat dermate onmiddellijk dreigend is dat het aanvragen van een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht (meestal omdat nou juist sprake is van opname in de ggz).

Ten slotte zien we graag een – zoals voor de crisismaatregel wel is geïntroduceerd en tijdens een gedwongen opname in de Wvggz al mogelijk is – een mogelijkheid om een cliënt tijdelijk uit te plaatsen naar een instelling als bedoeld in artikel 3.1, eerste lid, of artikel 3.3, eerste lid, van de Wet forensische zorg.

Crisismaatregel

De crisismaatregel en machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel gaat gelden voor de Wvggz en de Wzd. Het voordeel hiervan is dat tijdens de crisismaatregel de cliënt geplaatst kan worden in de instelling die het best bij zijn problematiek past en dat nog gemakkelijk overgeplaatst kan worden gedurende die periode. Een nadeel ervan is dat –

¹ Wij zijn het dus niet eens met de volgende alinea uit de Memorie van Toelichting algemeen deel: *Voor de situatie waarin de cliënt permanent van de Wzd-zorgaanbieder naar een Wvggzzorgaanbieder wordt overgeplaatst zijn in dit wetsvoorstel geen aanvullende bepalingen opgenomen. Indien een permanente overplaatsing nodig is, moet een zorgmachtiging worden aangevraagd. Een overplaatsing van een Wvggz-zorgaanbieder naar een Wzd-zorgaanbieder zal in de regel langdurig (langer dan drie maanden) zijn, bijvoorbeeld omdat zich bij de betrokken persoon naast een psychische stoornis een psychogeriatrische aandoening heeft ontwikkeld die steeds meer op de voorgrond is komen te staan. In die situaties volstaat de reguliere Wzdprocedure om de benodigde (gedwongen) zorg in het zorgplan op te nemen. Dit volstaat niet, omdat de plek niet per se op hetzelfde moment beschikbaar is als de rechterlijke machtiging.*

zoals de regeling nu is voorgesteld - een stuk Wvggz-werkwijze in de Wzd-accommodatie moet worden uitgevoerd.

We voorzien dat dit laatste tot verschillende uitvoeringsproblemen kan gaan leiden. Dan gaat het voornamelijk over de uitvoering van gedwongen zorg (niet zijnde opname). De Wzd-werkwijze gaat uit van de uitvoering van gedwongen zorg via het zorgplan of in urgente situaties via artikel 15. De gezamenlijke crisismaatregel gaat uit van gedwongen zorg via de maatregel, die vervolgens met een specifieke beslissing van de zorgverantwoordelijke ten uitvoer moet worden gelegd.²

Het toevoegen van de Wvggz-werkwijze tijdens de duur van de crisismaatregel brengt extra werk en verwarring met zich mee voor de medewerkers en cliënten in de Wzd-accommodatie. Daarnaast is het wat ons betreft ook volledig overbodig. Waarom kan niet worden volstaan met een (machtiging tot voortzetting van de) crisismaatregel met benodigde gedwongen zorg op papier, die in de Wzd praktijk enkel een gedwongen opname legitimeert (net zoals de (machtiging tot voortzetting van de) ibs nu doet)? De Wzd-werkwijzen kunnen gewoon van toepassing zijn tijdens opname in de accommodatie op basis van deze crisismaatregel. Een dergelijke crisismaatregel kan ook ten uitvoer worden gelegd in de ggz. Indien een cliënt wordt overgeplaatst moet de zorgverantwoordelijke toch zijn eigen afwegingen maken en beslissingen nemen ten aanzien van de uitvoering van de gedwongen zorg.

Voor de cliënten die met een (machtiging tot voortzetting van de) crisismaatregel zijn opgenomen in de Wzd-accommodatie moet alsnog altijd een zorgplan worden opgesteld, dat is immers de basis voor de zorgverlening. Daarbij hoort ook gedwongen zorg.³ Tijdens de crisismaatregel -zoals deze nu is voorgesteld - zou de zorgverantwoordelijke ook allemaal tenuitvoerleggingsbeslissingen ten aanzien van de gedwongen zorg moeten nemen. Daarbij moet de zorgverantwoordelijke binnen de WVGZ wanneer deze geen psychiater is, bij tenuitvoerlegging, overleggen met de geneesheer directeur. Dit is wat ons betreft dubbelop. Het is wat ons betreft ook niet verdedigbaar dat de gedwongen zorg in het zorgplan tijdens de (machtiging tot voortzetting van de) crisismaatregel niet mag legitimeren tot de inzet van onvrijwillige zorg (niet zijnde gedwongen opname), terwijl dat daarna (wellicht zelfs slechts een dag later) en voor alle overige cliënten wel het geval is.

Ook is in de voorgestelde crisismaatregel een bijzondere procedure voorgesteld voor het geval een vorm van gedwongen zorg moet worden toegepast die niet in de crisismaatregel is opgenomen. Tijdelijk kan worden volstaan met de toepassing van artikel 15 Wzd, maar daarna moet een wijziging van de crisismaatregel worden aangevraagd. Wat ons betreft is dit omslachtig en tijdrovend, vooral omdat er waarschijnlijk inmiddels al een vastgesteld zorgplan ligt.

De voorgestelde termijn van de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel is drie weken. Dit is volgens ons te kort en kan leiden tot uitvoeringsproblemen.

De crisis systematiek in de langdurige zorg is gericht op een periode van zes weken. Dat geldt zowel voor de crisisbedden regeling als voor de crisisinterventies. Dit is zo ingericht omdat het in de langdurige zorg niet gaat om relatief kortdurende interventies zoals in de

² Volgens een bepaling die is opgenomen in artikel 8:9 Wvggz, maar voor de Wzd vooralsnog ontbreekt.

³ Ook voor de aanvraag van de rechterlijke machtiging is een vastgesteld zorgplan (inclusief onvrijwillige zorg) vereist. De aanvraag van de rechterlijke machtiging dient al vrij snel na de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel plaats te hebben, helemaal als wordt uitgegaan van de nu voorgestelde termijn van 3 weken voor de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel.

geestelijke gezondheidszorg (meestal iemand instellen op medicatie en dan met ontslag sturen), maar om het organiseren van extra steun in het systeem, zoeken naar een andere woonplek, etc. Dat kost meer tijd. In de praktijk wordt meestal gelijk bij het afgeven van een ibs de machtiging tot voortzetting van de ibs aangevraagd. Bijna altijd wordt de volledige termijn van de ibs en machtiging tot voortzetting van de ibs benut. Een heel enkele keer wordt één of twee dagen eerder ontslag verleend als alles is georganiseerd en de maatregel expireert op een dag dat terugkeer logistiek niet georganiseerd kan worden. Maar dat is een uitzondering op de regel.

De voorgestelde kortere termijn van drie weken zal er in de praktijk toe leiden dat voor vrijwel alle cliënten die een crisismaatregel krijgen een rechterlijke machtiging moet worden aangevraagd. Dat leidt tot een grote verhoging van de administratieve lasten en de werkdruk, aangezien de tijd om deze aan te vragen nog maar heel kort is (drie weken in plaats van zes weken). Ook zal toch het stappenplan voor al deze cliënten moeten worden gestart, omdat voor de zorgverlening maar ook voor de aanvraag van de rechterlijke machtiging een zorgplan inclusief de maatregelen noodzakelijk is (dus hier krijg je dan ook een overlap in Wvggz en Wzd systematiek tijdens de looptijd van de crisismaatregel).

Verlof en ontslag

Voorgestelde artikel 47 lid 5 Wzd:

Wij vragen ons af waarom de toestemming van de Wzd-functionaris voor het weigeren van het verlof is verwijderd. De Wzd-functionaris heeft ons inziens ook een rol bij het weigeren van het verlof.

Voorgestelde artikel 48a lid 6 Wzd:

Wij zien graag toegevoegd dat niet altijd een nieuwe medische verklaring nodig is voor de (veelvuldig) herhaalde aanvraag. Indien er sprake is van een veelvuldig herhaalde aanvraag kan het CIZ ons inziens volstaan met afwijzen van het verzoek zonder de informatie van een medische verklaring.

Voorgestelde artikel 48b Wzd:

Artikel 48b Wzd regelt de overplaatsing van de cliënt. Naar wij menen gaat dit over de cliënt die onder hoofdstuk 2 van de Wzd valt, al blijkt dit niet letterlijk uit de tekst zoals wel het geval is bij artikel 47, 48 en 48a Wzd. Wij missen voor deze overplaatsing de toestemming van de Wzd-functionaris. Ook vragen wij ons af of zonder toestemming van de cliënt kan worden overgeplaatst en in hoeverre de wensen en voorkeuren van cliënt hierin worden meegewogen.

Voorgestelde Artikel 48b lid 5 Wzd.

Is hier nu sprake van een wettelijke grondslag op basis waarvan het dossier overgedragen moet worden bij een overplaatsing? Met andere woorden er is geen toestemming nodig van de client om het dossier en het zorgplan ter beschikking te stellen van de nieuwe zorgaanbieder. Daarbij wordt verondersteld dat de oude zorgaanbieder conform de bewaartermijn van de WGBO het dossier mag bewaren.

En wat wordt er onder dossier verstaan? Is dat het dossier zoals vastgelegd in artikel 16 of het complete dossier zoals vastgelegd in de WGBO? En wat wordt er verstaan onder zorgplan? Het volledige zorgplan of alleen dat deel dat ziet op de gedwongen zorg?

Antwoorden op gestelde consultatievragen

Samenloop Wvggz/Wzd en crisismaatregel

Om de gevraagde aansluiting tussen de Wzd en de Wvggz te vergemakkelijken, worden nu meerdere aanpassingen voorgesteld. Zo wordt het artikel 1b van de Wzd ten aanzien van de gelijkgestelde aandoeningen uitgebreid, kan de voorbereiding van een zorgmachtiging worden gestaakt ten faveure van een aanvraag voor een rechterlijke machtiging onder de Wzd (artikel 5:15a Wvggz), kan de rechter bepalen dat hij een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd afgeeft in plaats van een zorgmachtiging op grond van de Wvggz (artikel 6:1, twaalfde lid, Wvggz), en kan tijdens een tijdelijke overplaatsing van een Wzd-accommodatie naar een Wvggz-accommodatie tijdelijk gedwongen zorg op basis van het Wzd-zorgplan worden uitgevoerd (artikel 8:20a Wvggz).

1. Zijn deze voorstellen voldoende om te voorkomen dat iemand tussen wal en schip raakt? Kunt u dit toelichten?

Nee, de voorstellen zijn op dit moment onvoldoende.

2. Indien uw antwoord ontkennend is: welke aansluiting mist u nog? Kunt u voorbeelden geven?

De niet tijdelijke overplaatsingen van de Wvggz-instelling naar de Wzd-accommodatie of alle (tijdelijke) overplaatsingen van de Wzd-accommodatie naar de Wvggz-instelling voor cliënten met een rechterlijke machtiging of zorgmachtiging zijn niet zodanig geregeld dat cliënten kunnen worden overgeplaatst op het moment dat er een geschikte plek is in de instelling, zodat daarna de benodigde opnametitel kan worden aangevraagd. Op dit moment moeten beide zorgvuldig gecoördineerd worden en zijn zorgplekken dagen of zelfs weken niet gevuld in afwachting van de cliënt met de juiste titel.

Wanneer een cliënt op een wachtlijst staat om in een Wzd-accommodatie geplaatst te worden moet dit vaak snel gebeuren. Lege bedden kosten onnodig geld en de wachtlijsten zijn lang. Het is vaak onvoorspelbaar wanneer er een geschikte plek vrij komt. Cliënten staan vaak meerdere jaren op de wachtlijst. Er kan dus niet bij aanmelding al een rechterlijke machtiging worden aangevraagd, aangezien deze weer zal komen te vervallen wanneer deze niet binnen vier weken ten uitvoer wordt gelegd. Echter, de rechterlijke machtiging pas gaan aanvragen wanneer de plek vrij komt is ook niet verantwoord, het bed staat dan te lang leeg (dit is maatschappelijk niet verantwoord, gezien de kosten en lange wachtlijsten), dus zal het bed naar de volgende op de wachtlijst gaan met wel een passende titel, waarbij de client de dupe is van het niet aansluiten van de twee wetten. Aangezien er geen sprake is van acuut ernstig nadeel (client zat immers niet op de juiste plek, maar wel veilig opgenomen binnen de GGZ) wordt een IBS ten behoeve van de overplaatsing niet bekrachtigd door de rechter. De rechter zal dus geen machtiging tot voortzetting van de ibs afgeven. Als de ibs wel gebruikt is voor de overplaatsing staat de cliënt na de ibs op straat, want de plek binnen de ggz is reeds vergeven en er is geen passende titel meer om cliënt te laten verblijven binnen de Wzd.

Met het samenvoegen van de crisismaatregel van de Wvggz en de inbewaringstelling van de Wzd wordt een eensluidende procedure in crisissituaties voorgesteld. Het doel van deze gezamenlijke procedure is om ervoor te zorgen dat iemand snel passende zorg ontvangt en een stapeling van spoedmaatregelen (crisismaatregel en inbewaringstelling) voor een betrokkene/cliënt voorkomen wordt.

3. Is dit helpend om ervoor te zorgen dat een betrokkene/cliënt op de juiste plek terecht komt? Kunt u dit toelichten?

Ja, want er zijn minder schotten bij overplaatsing.

Dit biedt een oplossing voor het plaatsen van de cliënt op de geschikte plek in acute situaties, terwijl je niet hoeft te wachten op de juiste opnametitel omdat een bepaalde opnametitel geen geldigheid heeft in de andere instelling.

Voorbeeld: we hadden vorig jaar een ex-cliënte van onze organisatie die was uitgeplaatst na haar behandeling naar een woonvorm. Op enig moment ging het daar toch niet meer goed en moest ze acuut worden opgenomen. Er was in de nacht al toegezegd dat ze naar onze crisisafdeling mocht, maar het organiseren van het vervoer lukte niet in de nacht, vanwege het moeten passeren van provinciegrenzen. Dus werd zij met een crisismaatregel voor een nacht op de HIC van de ggz opgenomen. De volgende ochtend werd ze alsnog naar de crisisafdeling van onze organisatie vervoerd, maar men vergat dat ze voor opname bij ons een ibs nodig had. Pas bij aankomst bleek dat ze niet de juiste titel voor gedwongen opname had. Gepoogd werd de beoordelaar van de crisismaatregel te bereiken om alsnog een medische verklaring voor een ibs af te geven op basis van zijn beoordeling (die was immers minder dan 24 uur geleden), maar deze zat in de nachtdienst en was overdag niet bereikbaar. Cliënt was al weg bij de ggz, dus kon ook geen andere psychiater de beoordeling meer doen. Op onze afdeling waren alle psychiaters al eens betrokken geweest bij de behandeling vanwege de eerdere opname. Daarom moest de crisisdienst uit de regio waar ze naartoe was gebracht gebeld worden om de ibs inschatting te komen doen. Ondanks dat de indicatie voor acute gedwongen opname al was vastgesteld, geeft dit veel onnodige logistiek en administratie. Dit wordt opgelost met het instellen van een gezamenlijke crisismaatregel.

De uitwerking, waardoor je een stuk Wvggz binnen de Wzd moet uitvoeren is daarentegen helemaal niet helpend. Bij het invoeren van de twee wetten was de gedachte van de wetgever ook dat er twee regimes binnen één instelling konden worden uitgevoerd. Dat is in de praktijk niet zo gebleken. Nu worden we daar wederom toe gedwongen voor het stuk uitvoering van de crisismaatregel. Naast de verhoging van de administratieve lasten is dit praktisch niet uitvoerbaar.

Hoofdstuk 3A Wzd:

3. Het is mogelijk als beheersmaatregel de bewegingsvrijheid, het recht op het ontvangen van bezoek en recht op het vrij gebruik van communicatiemiddelen te beperken (artikel 51a Wzd).

a. Kunt u aangeven in welke situaties u deze beheersmaatregelen neemt en in welke situaties u dezelfde beperkingen toepast in het kader van (tijdelijke) gedwongen zorg, en hoe u deze keuze maakt? Is er sprake van overlap?

b. In welke gevallen worden beheersmaatregelen ingezet ter voorkoming van ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de cliënt op grond van artikel 51a Wzd? Waarom verleent u in die gevallen geen (tijdelijke) gedwongen zorg? Gedwongen zorg komt aan de orde als er sprake is van ernstig nadeel. Ernstig lichamelijk letsel of levensgevaar vallen onder ernstig nadeel (zie wetsvoorstel artikel 1, tweede lid voor definitie ernstig nadeel).

Ons dringende advies is om artikel 51a Wzd niet uit de wet te schrappen.

Naar onze mening heeft artikel 51a Wzd wel degelijk toegevoegde waarde binnen de forensische zorg. Er is een duidelijk onderscheid met de reguliere zorg, waaronder onvrijwillige zorg en zorg in onvoorziene situaties vallen.

Ten eerste zit die toegevoegde waarde in de andere gronden op basis waarvan geïntervenieerd kan worden. De beperkingen kunnen worden opgelegd "ter voorkoming van verstoring van de orde of voor de veiligheid in de accommodatie, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten noodzakelijk is".

De gronden 'orde of veiligheid in de accommodatie' en 'ter voorkoming van strafbare feiten' zijn in de forensische zorg noodzakelijk om te interveniëren. De zorg is immers gericht op de voorkoming van recidive en bescherming van de maatschappij.

We zien dat de beperkingen van artikel 51a Wzd zijn ingezet bij situaties die vaak inherent zijn aan de forensische problematiek die er speelt. Zo worden de beperkingen vaak toegepast als er sprake is van een criminogeen netwerk. Het bezoek van of de communicatie met dat netwerk kan worden beperkt, terwijl er (nog) geen sprake hoeft te zijn van (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel (bijvoorbeeld indien vermoed wordt dat iemand uit het netwerk betrokken is bij handel in sigaretten of mobiele telefoons, delen van foto's van medecliënten of medewerkers in de accommodatie), maar waarbij de orde of veiligheid in de accommodatie toch wel degelijk in het geding komt. Ook is het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, niet altijd de oorzaak (hetgeen bij de beperkingen van artikel 51a Wzd geen criterium is). Handel in of de aanwezigheid van een mobiele telefoon in de accommodatie (zonder dat medewerkers dat weten) kan de orde of veiligheid ernstig in het geding brengen en er kunnen zeer ernstige strafbare feiten worden gepleegd (ook in de maatschappij).

Tenslotte zijn we van mening dat het op de hoogte stellen van de actuele gezondheidstoestand van de client alleen noodzakelijk is bij de beperking in de bewegingsvrijheid.

Een andere veelvoorkomende inzet van forensische beperkingen hangt samen met een specifieke combinatie van eisen van het beveiligingsniveau. Uit die combinatie blijkt dat cliënten met weinig vrijheden starten (bijvoorbeeld op een gesloten afdeling, beveiligingsniveau 2 laag) en dat het krijgen van vrijheden gefaseerd wordt vormgegeven. Ook deze bewegingsbeperkingen zijn niet altijd noodzakelijk vanwege het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan dan wel leiden ze tot (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel. Ze vloeien immers rechtstreeks voort uit de plaatsing op een bepaald beveiligingsniveau en zijn daarmee onderdeel van de forensische zorg, die gericht is op het voorkomen en verminderen van recidive.

Wij zijn van mening – en eigenlijk vloeit dat ook voort uit artikel 2 Wkkgz – dat de inzet van zorg altijd noodzakelijk, doelmatig, proportioneel en subsidiair moet zijn. De Borg-instellingen hebben daarom ieder afzonderlijk al opgenomen in de werkprocessen dat de inzet van de beperkingen van artikel 51a Wzd periodiek geëvalueerd dient te worden en dat daarbij gewogen dient te worden of de inzet van de beperkingen nog wel noodzakelijk, doelmatig, proportioneel en subsidiair is. Dat een en ander ook een wettelijke basis krijgt juichen wij toe.