

Reactie op conceptwetsvoorstel

De geneesheer-directeuren van de Noordelijke GGZ- instellingen (Lentis, GGZ Friesland, GGZ Drenthe, Dimencegroep, UCP en VNN) hebben kennisgenomen van de Evaluatiewet Wvvgg en Wzd. Graag maken wij gezamenlijk gebruik van de mogelijkheid om te reageren op het conceptwetsvoorstel. Daarnaast onderschrijven wij de input van de NVvP en de Nederlandse GGZ, waaraan wij ook actief aan hebben bijgedragen.

Algemeen

Om te beginnen, er zijn zeker verbeteringen aangebracht, waarvoor dank. Wij concentreren ons in onze reactie op de punten waar we grote problemen van verwachten en die we graag anders zien. Er zijn een aantal algemene zaken die opvallen kijkend naar het geheel van de wetsvoorstellen en de achterliggende memories van toelichting

1. Gaat het om wat vanuit de problematiek en bijpassende zorgvraag geredeneerd en rekening houdend met hogere (w.o. Europese) wetgevingskaders het beste antwoord zou zijn, of wordt er (primair) geredeneerd vanuit het beschikbare aanbod, al dan niet met tekorten in uitvoering (vanuit welke oorzaak dan ook maar)? Bij bijvoorbeeld de gemeenschappelijke crisismaatregel lijkt te worden geredeneerd vanuit het laatste, waarbij problemen in met name de VG sector worden afgewenteld naar de GGZ sector. Met alle bezwaren van dien. Wij hopen dan ook dat de Minister deze gemeenschappelijke crisismaatregel en daarmee samenhangende bepalingen zal schrappen uit het wetsvoorstel.
2. Wat maakt dat er noodzaak wordt gezien om naar de term “gedwongen zorg” over te gaan? Wat maakt dat er harmonisatie in woord nodig wordt geacht? Het is immers alleen harmonisatie in woord, de rechtspositie vanuit de Wzd is wezenlijk anders dan vanuit de Wvvgg. Deze aanpassing naar gedwongen zorg gaat weer heel veel implementatie werk opleveren en het is niet helder welk probleem hiermee opgelost wordt. Daarnaast heeft het woord ‘gedwongen’ een hele andere betekenis en gevoelswaarde dan ‘verplicht’ en dan ‘onvrijwillig’, wat naar onze verwachting niet helpend zal zijn en voor onze patiënten zal voelen als terug in de tijd. Wij verzoeken dan ook de Minister de term ‘verplichte zorg’ te handhaven.
3. Vermenging van rechtsposities vindt nu zelfs nog verder plaats doordat vanuit de Wzd tijdelijk m.b.t. het zorgplan onder de Wzd binnen de Wvvgg “structuren” gedwongen zorg geboden kan worden. De toelichting in de memorie van toelichting dat er geen zorginhoudelijk verschil zou zijn volstaat niet. Belangrijk hierbij is om te realiseren dat niet voor niets nergens is gekozen voor zowel de Wzd als de Wvvgg toe te passen.
4. Dat er nu bepaald wordt door de gemeenschappelijke crisismaatregel dat een crisismaatregel ook een verplichte/ gedwongen opname inhoudt is een verlies aan flexibiliteit en in feite vanuit het achterliggende paradigma (onderscheid tussen legitimatie en beslissing van verplichte zorg) van de Wvvgg onbegrijpelijk.
5. Het probleem wat zogenaamd opgelost wordt door de gemeenschappelijke regeling is peanuts vergeleken met de uitvoeringsproblemen die door deze regeling gaan ontstaan.
6. Gemist wordt daarentegen een soepele mogelijkheid voor overgang van Wvvgg naar WZD gedurende het traject. Dat kan nu alleen met een IBS opgevangen worden.
7. In zijn algemeenheid zou het heel fijn zijn dat bepaald wordt dat de GD en de zorgverantwoordelijk ook taken kunnen delegeren voor zover het taken aangaat die niet tot vrijheidsbeneming of inperking van vrijheden beslissen. Bv informatieverplichtingen of overplaatsingen. Die doet de GD of de zorgverantwoordelijke niet allemaal zelf. Of het helpen bij opstellen zorgkaart. Of overleg met de gemeente. Wij verzoeken de Minister dan ook om een algemene bepaling in de wet op te nemen die de GD de mogelijkheid geeft (administratieve) taken te mandateren/delegeren.

Specifiek

Ad artikel 1.4. lid 5

Geen toelichting waarom deze aanpassing is gekozen.

- Is onlogisch en verwarrend geformuleerd:
- de specificatie onder a. en b. past niet bij de hoofdtekst.

Artikel 1:4, vijfde lid, komt te luiden:

5. Indien betrokkene de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt, **geen vertegenwoordiger optreedt** en betrokkene **geen blijk geeft van instemming of verzet**, doet de zorgaanbieder een verzoek voor een mentorschap als bedoeld in artikel 451, tweede lid, van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, en is er sprake van:

a. instemming, indien betrokkene en de vertegenwoordiger beide instemmen;

b. verzet, indien betrokkene of de vertegenwoordiger zich verzet, of betrokkene geen blijk van instemming geeft.

- Daarnaast is er nu dus sprake van verzet als de betrokkene geen blijk van instemming geeft los van wat de vertegenwoordiger vindt? Welke rol speelt wilsonbekwaamheid hier? Betekent dit dat afscheid wordt genomen van de mogelijk van drang? Dat lijkt ons inhoudelijk heel erg onwenselijk en zeker zal dit een verzwaring van de werkzaamheden en administratieve lasten geven.

Ad artikel 3:1 lid g

Het is in onze ogen onbestaanbaar dat vanuit een zorgplan onder de WZD, dus zonder rechtelijke toetsing, gedwongen zorg geboden kan worden binnen de WVGZ dus ook binnen de algemene bepalingen en algemene uitgangspunten die ten grondslag liggen aan de WVGZ. Daarvan is immers nu wel goed bekend dat de Hoge Raad vindt dat deze voor de hele wet van toepassing zijn (zie de uitspraken over wilsbekwaamheid). Hoe kunnen wij als GD nu verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg en dus voor de inhoud van het zorgplan onder de WZD als die betrokkene binnen de Wvggz accommodatie wordt opgenomen, terwijl dit zorgplan in essentie onder de verantwoordelijkheid van de WZD functionaris valt? Wie gaat nu waar over? Een verwarring in verantwoordelijkheidstoebedeling is voer voor calamiteiten of gedoe. Daarbij, artikel 3:3 is/ lijkt in tegenspraak met dit artikel.

Dit nog los van de praktische problemen die die oplevert, de rechtsongelijkheid met andere patiënten, de verwarring op de werkvloer, de onbekendheid die nu rondom de WZD bestaat, de extra scholingen die dit nodig maakt, nieuwe processen die ingericht moeten worden etc etc

En welk probleem zou hier nu mee opgelost worden? Hierover lezen wij geen toelichting en we kunnen ons er ook niets bij voorstellen.

Artikel 3.2 lid I

Deze vervangt nu de overbrenging naar locatie geschikt voor tijdelijk verblijf. De toelichting gaat alleen over de WZD. Zou het beter begripen als het beter wordt toegelicht.

Hoofdstuk 4 Zelfbindingsverklaring

De procedure blijft omslachtig en traag. Beter en inhoudelijk ook congruenter zou het zijn als na het onafhankelijk oordeel dat inderdaad de situatie zoals in de zelfbindingsverklaring staat zich voordoet, dat dan aansluitend tijdelijke verplichte zorg of de zelfbindingsverklaring gegeven kan worden. Waarna vervolgens de GD geïnformeerd wordt, die de benodigde stukken (zorgplan, zelfbindingsverklaring, medische verklaring, zorgkaart evt.) verzamelt, en op de eerstvolgende werkdag bevindingen schrijft en de stukken naar de OvJ stuurt met de vraag om een verzoekschrift voor bijpassende zorgmachtiging in te sturen. Waarna binnen de termijnen zoals ook bij de crisismaatregel de rechter komt beoordelen of inderdaad een ZM aangewezen is.

Pas als je het zo inricht voorkom je onnodige crisismaatregelen en doe je recht aan de zelfbeschikking van de betrokkene.

Ons voorstel is daarom om bijvoorbeeld dezelfde procedure te hanteren zoals al bestaat rondom tijdelijk verplichte onvoorziene zorg (huidige artikel 8:11 Wvggz).

Artikel 5:3

Hoe is er voorzien in de plaatsing wanneer betrokkene onder een CM in een Wvggz instelling verblijft en er vervolgens via CIZ een RM wordt gevraagd.

Artikel 5:4 lid 1 a.

.... Voor zover nog niet bekend Is te vaag. Iemand kan heel wel bekend zijn zonder dat er sprake is van actuele zorg, of iemand kan ergens anders bekend zijn dan waar zij of hij woont.

Beter is: voor zover betrokkene nog niet in zorg is bij een zorgaanbieder die Wvggz zorg levert.

Artikel 5:4 lid 2

Suggereert dat de GD dit niet hoeft te doen als de persoon al bij de zorgaanbieder in zorg is. En dan is het dus aan de “andere partij” om een plan van aanpak aan te bieden, dus feitelijk zou dan de OvJ dit beter kunnen nagaan We vermoeden dat dit niet de bedoeling is. Daarbij kent dit nu geen consequentie? Theoretisch zou het eerder bij art 5.5 horen passen of zijn minst ook bij art 5.5. Beter nog is om het hele Plan van Aanpak uit de wet te halen. Er worden zelden adequate plannen gezien.

Artikel 5:5

Prima om het zo te doen, maar ik mis hier wel dat de OvJ een bevestiging stuurt naar de GD. Want hoe zit het met de termijnen? Zie art 5:16 lid 1.

Artikel 5:7

Het blijft dus de psychiater die de medische verklaring op moet stellen voor de toepassing van de wet. Geldt dit ook bij de gemeenschappelijke crisismaatregel? Waarbij wij nog eens willen benadrukken dat wij geen voorstander zijn van een gemeenschappelijke crisismaatregel (zie ook onder algemeen).

Artikel 5:15a

Dit dient wel gepaard te gaan met een opnameplicht voor de WZD aanbieder. En het zou zuiver zijn dat in dit artikel wordt benoemd dat dit aan de orde is voor zover er noodzakelijkheid is voor gedwongen opname. Immers andere gedwongen zorg kan via het zorgplan gegeven worden.

Artikel 5:16 lid 1

Wat als de GD zelf de procedure start? Ons inziens dient hier ook benoemd te worden dat in dat geval (ad art 5:5) bijv voorkeur na de bevestiging door de OvJ ook binnen bepaalde tijd de OvJ deze beslissing moet doen en moet mededelen aan de genoemde partijen.

Artikel 6:1 lid 12

Wat als in de medische verklaring niet opname is benoemd als vorm van verplichte zorg? Het lijkt ons dat dan niet wordt voldaan aan bovenliggende wetgeving incl bv het Varbanov arrest. Dit geldt ook voor art 6:4 lid 2.

En met betrekking tot de overstapmogelijkheid ter zitting tussen WZD en Wvvggz, hoe wordt voorzien in (directe) plaatsing, iemand kan immers niet met een ‘verkeerde’ titel in Wvvggz of Wzd instelling resp verblijven, zeker niet omdat e.e.a. ook nadrukkelijk als strafbaar feit in deze wet is opgenomen.

Artikel 6:2 lid 2

Klopt deze redenering van de algemene termijnen wet wel? Want wat als de OvJ op vrijdagmiddag het verzoekschrift indient, dan moet de zitting maandag al plaats vinden. Kan er dan wel voorbereid worden? Kan niet beter werkdagen opgeschreven worden, zoals ook op sommige andere plekken in de wet. Wij verzoeken overal in de wet werkdagen te benoemen in plaats van dagen, om onduidelijke en onwenselijke situaties te voorkomen.

Hoofdstuk 7

Het is niet goed te begrijpen welke problemen hiermee opgelost zouden worden, terwijl deze nieuwe procedure wel forse problemen oplevert en daarnaast berust op een aantal denkfouten.

In de algemene memorie van toelichting wordt gesteld dat in het licht van de vraag naar harmonisatie en meer inhoudelijke samenhang hiervoor wordt gekozen. Nadrukkelijk is echter niet deze procedure bedoeld of gevraagd, sterker nog, het is ontraden. Niet bekend is dan ook van wie deze behoefte naar een gemeenschappelijke crisismaatregel komt. Er wordt gesteld dat deze wens door verschillende professionals naar voren is gebracht, dit is heel bijzonder want navraag leert dat vanuit geen enkele sector dit de wens is.

Op pagina 16 wordt vervolgens gesteld dat vanwege de complexiteit de meeste instellingen ervoor kiezen op één wet uit te voeren. Ons is geen instelling bekend die wel twee wetten uitvoert (los van de beoordeling IBS door de GGZ). Deze complexiteit is echter niet weggenomen door het voorliggende wetsvoorstel, sterker nog, deze wordt eerder vergroot.

Gesuggereerd wordt dat een gemeenschappelijk (V)CM er toe bijdraagt dat iemand eerder op de goede plek komt. Het tegendeel wordt verwacht. Dit omdat de WZD sector, met name de VG kant, nog altijd op veel plekken niet goed is ingericht op crisiszorg. En dus is de verwachting dat juist eerder mensen met VG problematiek onterecht binnen de GGZ terecht komen en dan niet goed

doorgeplaatst kunnen worden, zoals nu ook al het geval is. En zoals bekend, (ook) de GGZ kampt met capaciteitsproblemen. Maar erger dan dat is het dat betrokkenen dan echt niet de goede zorg ontvangen en veelal in de IC omgeving verpleegd moeten worden. Dit is zoals gezegd ook nu de ervaring, bv als iemand met een kortdurend psychotisch beeld door overbelasting met als grondslag VG problematiek wordt opgenomen.

Daarbij, het is wellicht om deze gemeenschappelijke procedure dat voor de term gedwongen zorg gekozen wordt. Dit is zoals gezegd ook een uitvoeringsramp.

Ronduit teleurstellend is het dat dit de oplossing is in de evaluatiewet voor de gebrekkige samenhang tussen de Wzd en Wvvgz. Andere oplossingen die aangedragen zijn hebben geen plek gekregen.

Artikel 7:1 lid 3

Hierin wordt de psychiater gelijkgesteld met de AVG of de SOG voor zover passend bij de problematiek. Vrijheidsbeneming vereist zoals bekend het ondersteund oordeel van een onafhankelijk medical expert. De psychiater wordt verondersteld breed inzetbaar te zijn in dezen. Dit geldt echter niet voor de AVG of de SOG. En wat als dan besloten wordt dat iemand – die op grond van een verklaring door een AVG of SOG in de VG of PG sector is opgenomen – toch beter past binnen de GGZ? Dan ligt hieraan geen oordeel van een medical expert ten grondslag

Daarbij, wie bepaalt welke specialist wanneer beoordeelt? Wie bepaalt welke zorgaanbieder wordt belast met de uitvoering, dit zou sterk afhankelijk moeten zijn van de voorliggende problematiek, maar de wet lijkt hier niets over te zeggen.

Artikel 7:2 b

Dit artikel is uiteraard geleend vanuit de WZD, waarin de burgemeester een bevel tot opname kon afgeven. Maar de crisismaatregel is een legitimatie tot verplichte of gedwongen zorg, en voordat tot verplichte zorg over gegaan kan worden moet hierover een beslissing genomen worden door de zorgverantwoordelijke. Dus wat wordt hier bedoeld?

Er ligt op zijn minst de suggestie dat met een crisismaatregel ook meteen een gedwongen opname wordt geregeld. Dat gaat tegen het onderliggende paradigma van de Wvvgz in. Artikel 7:2 lid 3 versterkt deze indruk, net als art 7:2 lid 2.

Daarbij, in de WZD wordt niet een met art 8:9 Wvvgz vergelijkbaar artikel aangetroffen.

De memorie van toelichting lijkt deze denkfout op pagina 42 te bevestigen.

Artikel 7.5 lid 1

Dit is wel een erg ingewikkeld en daarmee niet goed uitvoerbaar artikel, als gevolg van het samenvoegen van CM en IBS, waarbij er nu dan onder een CM verschillende regelingen gelden afhankelijk van welke wet er in de toekomst moet worden toegepast.

Artikel 7:10 lid 2a

De GD gaat niet over de beëindiging vanuit de WZD

Artikel 8:9 lid1b

Het is een forse achteruitgang in de inhoudelijke rechtsbescherming dat niet meer de psychiater degene is die kan beslissen tot verplichte zorg dan wel op zijn minst dat – voor zover de zorgverantwoordelijke geen psychiater is - de geneesheer-directeur die altijd psychiater is hier mee moet instemmen.

Als er dan toch een verlichting nodig is t.o.v. de huidige tekst, zeg dan dat er overeenstemming met de psychiater die aan het team verbonden is bereikt moet zijn.

Kijkend naar de expertise van de psychiater en van de overige beroepen die zorgverantwoordelijke mogen zijn en naar de zwaarte en ingrijpendheid van verplichte zorg dient de hiertoe hoogst opgeleide hiertoe de beslissing te nemen of te ondersteunen. Dit past ook bij de achtergrond van het Varbanov arrest, dat beoordeling van een medical expert aangewezen is.

Wij verzoeken de minister dan ook om de zorgverantwoordelijke (die geen psychiater is) te verplichten tot overleg met een psychiater of de geneesheer-directeur, alvorens een besluit tot het verlenen van verplichte zorg wordt genomen.

Artikel 8:9 lid 6

Dit artikel is verwarrend. Bedoeld wordt dat er geen nieuwe beslissing nodig is bij wijziging van maatregel / machtiging. Beter is dat dan ook zo uit te drukken.

Artikel 8:11 lid 3.

Indien op vrijdagavond toepassing aan art 8:11 lid 1 gegeven wordt moet op maandag wel heel veel gebeuren. Dit is in de praktijk niet haalbaar. Waarom niet 3 werkdagen?

Artikel 8:11 lid 6

Waarom moet betrokkene over de mogelijkheid geïnformeerd worden over de mogelijkheid van het inschakelen van een familievertrouwenspersoon. De familievertrouwenspersoon moet juist de familie bijstaan, daarnaast moet er ook rekening worden gehouden met de wensen en voorkeuren van de betrokkene. Vervolgens is het niet helemaal duidelijk wat de bedoeling van art. 12:1 is.

Artikel 8:21 a

Wij zien niet in wat de boodschap hiervan moet zijn en vermoeden dat het heel verwarrend is voor de betrokkenen. In elk geval heel vaak erg misplaatst. Graag schrappen.

Art 8:24

Wat is nu het verschil tussen het digitaal beschikbaar zijn (8:24 lid 1) en beschikbaar stellen (8:24 lid 2) ? Is dat in lid 1 dat we het moeten kunnen laten zien en in lid 2 dat we het moeten opsturen?

Art 8:26

De vertegenwoordiger alleen voor zover het noodzakelijk is voor de uitoefening van diens functie. Dit is nu veel te breed en past niet bij overige wet- en regelgeving en gaat voorbij aan de privacy van de betrokkene.

Hoofdstuk 9

In het algemeen zijn wij tevreden met de aanpassingen in hoofdstuk 9, maar willen desondanks enkele aandachtspunten meegeven.

Art 9:2 niet helemaal volgens de praktijk, als GD tekenen wij weliswaar verlofaanvragen die aan de minister gaan echter worden die in eerste instantie heel zorgvuldig opgesteld door de verloftoetsingscommissie van een instelling

Art 9:6 in tegenstelling tot huidige situatie is de toetsing op wilsbekwaamheid eruit gehaald. Prima, wat ons betreft maar waarom anders dan bij 8.9?

Art. 9:6 Het is wel een gemiste kans om dit wat simpeler op te stellen, waarom kunnen wij niet af van het a en b criterium en het gelijk trekken met 8.9? Dit lijkt nog heel erg op de BOPZ terwijl wij nu aan het gelijktrekken van hoofdstuk 9 zijn met de rest van de Wvvgz.

Art 9:7 Grote verbetering, ook verduidelijking met aanpassen zorgplan.

Heel goed ook trouwens dat de zelfbindingsverklaring (oud 9:7) eruit is, was totaal niet zinvol in deze context

Art 9:8 Waarom is hier een termijn van 6 maanden in gekomen? Dat dwingt de GD's om weer een termijn te bewaken. Waarom hier een afwijking ten opzichte van een 8.9 beslissing?

Art 9:12 grote verbetering! Wel opmerkelijk dat 8:11 lid 6 niet van toepassing is, wij hoeven dan niemand te informeren en betrokkene mag ook niet klagen? Echter lees in 9:13 staat dat hoofdstuk 10 van toepassing is op 9:12 en dat gaat dan week over klachten, dus vermoedelijk mogen betrokkene wel klagen (staat dus ook in 10:3), blijft dan vreemd dat de informatieverplichting van 8:11 lid 6 niet van toepassing is? Wil zeggen ze mogen klagen maar je hoeft zij niet te informeren dat zij mogen klagen? Verder nog een wat gemiste kans dat er geen optie opgenomen is wat na de drie dagen kan/moet gebeuren.

Art 9:13 verwijst naar o.a. 9:8 waar dus weer de 6 maanden opgenomen zijn en wat wij niet noodzakelijk vinden.

Antwoord op de consultatievragen

Vraag 1

Is hiermee naar uw mening de beoordeling van wilsbekwaamheid voldoende in de wet geborgd?

Wij zijn ook van mening dat dat de wilsbekwaamheid een fluctuerend begrip is en staan achter het schrappen van art. 1:5.

Vraag 2

N.v.t. voor ons als instellingen

Vraag 3

Is het helpend om ervoor te zorgen dat een betrokkene op de juiste plek terechtkomt?

Wij zijn van mening dat de voorgestelde wijziging niet helpend is voor de problemen die er zijn.

Wetgeving lost niet het tekort aan Wzd noodbedden in. De wijziging kan er juist voor zorgen dat een betrokkene niet op de juiste plek terechtkomt.

Vraag 4

Kunt u toelichten of het voorstel voor tijdelijk gedwongen zorg in geval van een noodsituatie voor de OFZ-patiëntengroep voldoende tegemoetkomt aan de ervaren leemte bij de toepassing van de huidige Wvggz ten aanzien van die groep?

Ja, hier zijn wij met de eerder gemaakte opmerkingen positief over.

Echter willen wij ook opmerken dat het niet alleen maar gaat over 'beheersmaatregelen' maar juist ook om (noodzakelijke en passende) behandelingen.