

Consultatie wetswijziging

Wij hebben als college geneesheren-directeuren en juristen van GGZ Centraal met interesse de wetswijziging Wvvggz (en Wzd) bestudeerd.

Allereerst zijn wij blij met een aantal genoemde vereenvoudigingen

- Geen 8:16 besluit bij interne overplaatsingen
- Inzet van tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan conversie van een zelfbindingsverklaring naar een ZM. Mits tijdelijk verplichte zorg direct kan worden ingezet
- Vervallen van aanwijzing GD door OM bij opvolgende ZM
- Loskoppelen van opstellen van eigen plan van aanpak van de fase van voorbereiden ZM
- Vereenvoudiging aanleveren gegevens aan IGJ
- Beoordelen van wilsbekwaamheid bij besluit uitvoer verplichte zorg (art 8:9 Wvvggz) en niet bij opstellen van medische verklaring waar rechtbanken nu naar vragen
- Splitsen van art 3:2 lid 2 sub a
- Afschaffen hoorplicht; leverde maar zelden iets op behalve vertraging in het proces

Kritisch zijn wij over:

- Wijziging van term verplichte zorg in gedwongen zorg. Geeft eindeloos veel gedoe om alle formulieren aan te passen. Neem ergens een zin op dat het gaat om gedwongen zorg ook wel genoemd verplichte of onvrijwillige zorg.
- Samenloop Wvvggz en Wzd is ingewikkeld. Het inzetten van 1 gezamenlijke crisismaatregel is niet de oplossing en creëert tal van andere problemen. De voorkeur van GGZ wordt opengezet en geen enkele garantie dat ook de achterdeur (terugplaatsing naar Wzd sector) geregeld is. Mensen met een PG- of VG-probleem krijgen binnen een opname-afdeling in de GGZ niet de juiste zorg, worden eerder overprikkeld en krijgen niet de juiste (pedagogische) benadering. Bestaande regionale afspraken over de te volgen routes bij crises in PG- of VG-veld met crisisdiensten van GGZ zijn vaak zeer moeizaam tot stand gekomen en worden dan met badwater weggegooid.
- Binnen Wvvggz toepassen van 'gedwongen zorg' op basis van een Wzd zorgplan. Er is rechtsongelijkheid tussen patiënten die vallen onder Wzd en Wvvggz. Risico is groot dat bij toepassing van art 3:1 lid g Wvvggz dit tot problemen leidt.

- Art 7:2 b Wvggz: burgemeester kan een zorgaanbieder bevelen de crisismaatregel uit te voeren. Dit stoelt op de Wzd bepaling dat bij een IBS iemand opgenomen *moet* worden. Een Wvggz maatregel legitimeert inzet van verplichte zorg maar geeft geen verplichting om verplichte zorg in te zetten. Risico dat een burgemeester (vanuit beveiliging van de maatschappij) een zorgaanbieder gaat verplichten verplichte zorg uit te voeren en dan met name een opname. Dat is tegen de strekking van de wet om zorg in te zetten als ultimum remedium en zo beperkt als mogelijk.
- Loslaten van 4-ogenprincipe bij art 8:9 Wvggz. Ingrijpende beslissingen over verplichte zorg moeten in een multidisciplinair team genomen worden waarbij een psychiater aanwezig is. Daar waar een zorgverantwoordelijke geen psychiater is, is overleg met een psychiater (medical expert) noodzakelijk. Afstemmen met GD is niet nodig en bovendien verwarrend omdat dat de onafhankelijke positie negatief beïnvloedt en de GD zorginhoudelijke beslissingen zou moeten nemen. Dat deze afstemming verdwijnt, is dus een goede verandering. Buiten kantoortijden neemt (in ieder geval bij ons) altijd een psychiater de rol van waarnemend zorgverantwoordelijke, dus daar is apart overleg met een psychiater niet nodig.
- Niet samenvoegen van art 3:2 lid 2 sub e, f, g Wvggz
- Nog steeds de onafhankelijkheid van een psychiater voor opstellen van een medische verklaring gedefinieerd is als ‘een jaar lang niet betrokken bij zorg’. Zorg is zodanig breed gedefinieerd dat de kans groot is dat (zeker in kleinere instellingen) er geen psychiater over is die wel onafhankelijk is. Belangrijker is de duur en de intensiteit van de *behandel*contacten.
- Het verplicht opstellen van een zorgkaart bij mensen in crisissituaties. Nu worden vaak lege zorgkaarten toegevoegd aan de stukken terwijl er (soms) goede crisissignaleringsplannen kunnen zijn die zijn opgesteld in een fase van behandeling waarin patiënt wilsbekwaam was.
- Het verstrekken van een zogenaamde KMU blijft noodzakelijk. Zonder document met toegekende vormen van verplichte zorg is de kans groot dat er ten onrechte wel of niet verplichte zorg vormen worden ingezet. Dit is zowel voor de kwaliteit van zorg als voor de rechtsbescherming van de betrokken patiënt niet wenselijk
- Huidige werkwijze van rechtbanken die steeds vaker clausules opleggen aan verschillende vormen van verplichte zorg, bijvoorbeeld verschillende maximering van diverse vormen van verplichte zorg binnen 1 machtiging. Dit leidt tot onduidelijkheid, is foutgevoelig en geeft een vergroting van administratieve last. Een doel van de wetswijziging was om te komen tot vermindering van administratieve belasting. De voorgestelde wetswijziging heeft hier niets over opgenomen.

- Onafhankelijke beoordelingen voor een medische verklaring van een CM en wellicht ook van een ZM kunnen hybride worden uitgevoerd (dat wil zeggen zorgverleners ter plekke van de patiënt aanwezig en een onafhankelijk psychiater via beeldbellen). Er zijn goede voorstellen gemaakt om dit proces zorgvuldig te laten verlopen. Er is hierover in de voorgestelde wetswijziging niets opgenomen.