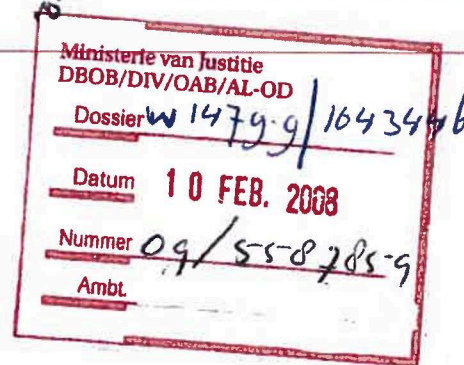


BEZOEKADRES Piet Mondriaanlaan 50 | 52 3812 GV Amersfoort | POSTADRES Postbus 830 3800 AV Amersfoort  
 TELEFOON 033 460 8900 FAX 033 460 8999 info@ggz nederland.nl www.ggz nederland.nl  
 KVK 40483580 ING-BANK 68.72.11.808 POSTBANK 3531353



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



Datum  
 09 februari 2009  
 Contactpersoon  
 mevrouw mr. T. Stikker  
 Ons kenmerk  
 Fb/tesr/ierr/114274/2009  
 Onderwerp  
 Reactie concept wetsvoorstel verplichte ggz

Bijlage(n)  
 Doorkiesnummer  
 033-4608982  
 Uw kenmerk

Geachte heer Hirsch Ballin,

In bijgevoegd schrijven geeft GGZ Nederland graag haar reactie op het concept voor een wetsvoorstel Verplichte ggz dat u, mede namens de minister van VWS, op 19 november 2008 ter consultatie heeft aangeboden. 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. Ten aanzien van de Commissies Psychiatrische Zorg hebben wij tenslotte belangrijke bezwaren omdat een onwerkbaar situatie zal ontstaan wanneer de commissies slechts adviserend zijn.

### Algemeen

Positief vinden wij dat het wetsvoorstel veel logischer en eenvoudiger van structuur is, dat opnemng niet langer centraal staat en dat het locatiegebonden karakter is losgelaten. Daardoor wordt het mogelijk een breed palet aan verplichte zorg 'op maat' via een zorgmachtiging te fiatteren. Het wetsvoorstel is daarmee niet alleen beter te doorgronden dan de al zo vaak 'verbouwde' Wet Bopz, maar sluit ook veel 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 (artikel 1.1c) en niet langer van het bereidheidcriterium. Aan mensen die geen bereidheid maar ook geen verzet tonen, kan daardoor eerder noodzakelijke zorg worden geboden. In de memorie van toelichting wordt bovendien onzes 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 begrip 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 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 daarom 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 de 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.

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. Artikel 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 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.

Ook is onduidelijk onder welke rechtspositieregeling patiënten met dubbele problematiek (zowel een verstandelijke beperking of dementieel ziektebeeld als een psychiatrische stoornis) moeten vallen. Het verschil in benadering doet willekeurig aan en behoeft 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 concept voor een wetsvoorstel Forensische Zorg (WFZ) dat 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 worden voorkomen dat personen met een psychische stoornis of verstandelijke beperking in een justitiële inrichting terecht komen". Inhoudelijk delen wij die uitgangspunten. 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 instellingen daartoe zowel materieel als financieel in staat moeten worden gesteld.

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 is onjuist volgens de systematiek van de wet verplichte ggz en onwenselijk in de praktijk van de 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 tot standkoming en beëindiging kent dan de reguliere zorgmachtiging.

Wij adviseren daarom dringend de commissie in deze strafrechtelijke trajecten dezelfde taken toe te bedelen als t.a.v. alle verplichte ggz. Dat zou tevens betekenen dat onderbreking en beëindiging bij deze (ex-)forensische zorg slechts advies van de commissie behoeft (i.p.v. overeenstemming met de minister van justitie).

### **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 artikel 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 ter zake 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.<sup>1</sup>

### **Commissies Psychiatrische Zorg (CPZ)**

#### *Onnodig dubbel werk*

Ons belangrijkste punt van kritiek betreft - als bekend de 'tweetrapsraket' in het systeem van besluitvorming over dwang: de commissie adviseert, de rechter beslist. Dit systeem leidt - zoals eerder aangegeven (zie de brief van KNMG, NVvP en GGZ Nederland gericht aan de vaste commissie 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.

#### *Onnodig hoge kosten*

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 gaan 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. Bovendien verwachten wij dat het aantal beslissingen over verplichte zorg en het aantal door de commissie te verstrekken adviezen in de nieuwe regeling fors zullen toenemen, ook al omdat commissie en rechter niet alleen beide een rol spelen bij het afgeven van de machtiging maar eveneens bij beëindiging daarvan. In onze ogen leveren deze extra

---

<sup>1</sup> Zie over het onderscheid wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid ook het Evaluatierapport. p. 93.

kosten en lasten die van dit systeem het gevolg zijn, onvoldoende inhoudelijke meerwaarde en een onwerkbaar situatie 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 (artikel 5:14 lid 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.

De pilots beogen de uitvoerbaarheid van de wet in de praktijk te onderzoeken. Wij vinden dat de resultaten van deze pilots mede bepalend moeten zijn voor de vele 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 zo concreet zijn dat betrokkenen duidelijk weten welke vorm(en) van verplichte zorg onder welke omstandigheden zijn toegestaan en de zorgverantwoordelijke tegelijkertijd voldoende ruimte geeft om in te spelen op de - altijd weer verschillende - situaties waarin de noodzaak tot verplichte zorg zich in de praktijk voordoet. Voorkomen moet worden dat 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 (artikel 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 een crisissituatie buiten de zorgmachtiging om mogen worden toegepast (artikel 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 maatregelen als het leegpompen van de

maag na een tentamen suicide of het hechten van door automutilatie toegebrachte wonden, interventies die in de ggz nu eenmaal geregeld voorkomen.<sup>2</sup> 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 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 stoeien. 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 lager dan nodig verplichte zorg krijgen hetgeen uiteraard als ongewenst moet worden aangemerkt.

### **Beroepsgeheim**

GGZ Nederland maakt zich zorgen over de regeling van het zonder toestemming verstrekken van gegevens aan de commissie psychiatrische zorg (artikel 5:11 lid 3). 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 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-patiënt cq. toegankelijkheid van de zorg) echter 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 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 (artikel 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 (artikel 7:7 onder b) het vereiste van artikel 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 groot aantal van de IBS-en na korte tijd kan worden beëindigd en uitstel van beëindiging door een adviesprocedure hier niet wenselijk is.

---

<sup>2</sup> Zie: T.P. Widdershoven, de Wet Bopz en psychiatrie. Kanttekeningen bij een regeling, Preadvisie voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 2003, p. 34 ev.

### **Nieuwe wettelijke termen**

In onze achterban bestaan nadrukkelijke vraagtekens over een groot aantal nieuwe termen (zorgverantwoordelijke, directeur zorgkwaliteit, medisch expert e.d.).

#### *Directeur Zorgkwaliteit*

Het wetsvoorstel maakt onvoldoende duidelijk wat de relatie is tussen de raad van bestuur en de directeur zorgkwaliteit. In onze ogen zal de raad van bestuur altijd verantwoordelijk zijn voor het totale beleid inclusief de verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken op het terrein van zorg en de verlening van verplichte zorg.

#### *De positie van de psychiater*

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 ouderengeneeskunde<sup>3</sup> 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.

### **Toezicht**

Wij merken 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, is te overwegen meer te doen dan dat. Daarnaast is het 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.

### **Tenslotte**

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

Hoogachtend,



J. E. de Beer,  
directeur.

---

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