afdeling sociale geneeskunde

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

Aan:
Raad van State
Postbus 20019
2500 EA Den Haag

VU medisch centrum

datum	ons kenmerk	telefoon	fax
21 april 2016		020-4445695	020-4448387
onderwerp	**uw kenmerk/uw brief van**	**e-mail**	**bijlage(n):**
Tweede nota van wijziging Wet verplichte GGZ	.	b.frederiks@vumc.nl	

Geachte heer/mevrouw,

Op 1 april 2016 heeft de ministerraad ingestemd met de tweede nota van wijziging van het wetsvoorstel verplichtegeestelijke gezondheidszorg (Wet verplichte GGZ). Begin april 2016 is de nota van wijziging voor advies doorgestuurd naar de Raad van State. Deze nota heeft ook gevolgen voor de Wet zorg en dwang, die in september 2013 door de Tweede Kamer is aangenomen. In deze brief willen wij een aantal cruciale punten onder uw aandacht brengen. Het belangrijkste punt dat wij onder uw aandacht willen brengen is het non-regressie beginsel: een nieuwe wet mag er *niet* toe leiden dat de rechtsbescherming (in de zin van waarborgen) van kwetsbare mensen – in dit geval mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening - minder wordt. In de Wet Bopz lijken er meer waarborgen te zijn voor cliënten dan straks in de Wet zorg en dwang. De afwezigheid van een bopz-arts in de Wet zorg en dwang is daar een goed voorbeeld van.

Tijdens de consultatiefase van de tweede nota van wijziging hebben de NVAVG, Verenso en de Borg een reactie gegeven op de aanpassingen voor de Wet zorg en dwang. In deze brief treft u de belangrijkste onderwerpen aan. De brief is ook voorzien van een aantal bijlagen (1-5).

Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod:

1. Een of twee wetten voor onvrijwillige zorg?
2. Harmonisering van Wet zorg en dwang en Wet verplichte GGZ
3. De functie Bopz-arts (WZD-arts)
4. Definitie onvrijwillige zorg
5. Dwang in de ambulante situaties
6. Clientvertrouwenspersoon
7. De Borg instellingen; Samenhang tussen de Wvggz, Wfz en Wzd
8. Overige punten, op grond van 2-jarig onderzoek 'Wet Bopz naar Wet zorg en dwang'

Voordat we de verschillende onderwerpen toelichten staan we eerst stil bij de betekenis van een passage uit de nota van toelichting bij de tweede nota van wijziging (pagina 54 en verder). De wetgever tracht met deze passage uit te leggen waarom de inhoud van de Wet zorg en dwang anders is dan de inhoud van de Wet verplichte GGZ:

'De verschillen tussen beide regelingen hebben hiernaast te maken met het karakter van de zorg aan de verschillende doelgroepen. De psychiatrie is onderdeel van de geneeskunde. De zorg is erop gericht de patiënt te genezen of in ieder geval te stabiliseren opdat hij kan deelnemen aan de maatschappij. De zorg aan mensen met dementie of een verstandelijke beperking is voor de rest van het leven en levensbreed. Psychogeriatrische patiënten worden niet meer beter. Personen met een verstandelijke beperking zijn niet ziek. Anders dan in de (curatieve) ggz is het daarbij geen haalbaar doel om de aandoening van de patiënt te genezen en dit geeft de zorg ook een ander karakter. ..... Wat betreft de bredere bescherming of versterking van de positie van de cliënt, is iedere vergelijking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg scheef, omdat de mensen die het betreft simpelweg anders zijn. In de Wzd is gekozen voor die procedures en middelen die het beste bij de doelgroep passen.'

De ondertekenaars van deze brief herkennen zich niet in deze passage. De inhoud ervan is een miskenning van de cliëntproblematiek in beide sectoren. Er is juist in toenemende mate een overlap tussen de doelgroepen. Ook worden veel cliënten met psychiatrische problematiek doorgestuurd naar de ouderenzorg of de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Kortom, zo anders zijn cliënten in de ouderenzorg en zorg aan mensen met een verstandelijke beperking niet meer. Het is tenslotte onjuist te veronderstellen dat mensen met een verstandelijke beperking niet ziek kunnen zijn. De verstandelijke beperking is weliswaar geen ziekte maar dat vrijwaart de mensen niet van het ontwikkelen van psychische aandoeningen. Integendeel mensen met een verstandelijke beperking hebben vaker bijkomende psychische problematiek dan mensen zonder verstandelijke beperking. Het adaptieve vermogen is immers minder. Kortom, mensen met een verstandelijke beperking dan wel een psychogeriatrische aandoening zijn niet "*simpelweg anders*". Ook zij kunnen somatische en psychische klachten ondervinden. De behandeling van deze klachten vraagt echter om een benadering en bejegening waar men in de reguliere GGZ geen of althans minder ervaring mee heeft. Voor de meest ernstige vormen van gedrags- en psychische problemen zijn daarvoor zelfs speciale SGLVG-instellingen aangewezen, die opereren op het snijvlak van VG-GGZ en Justitie en gebruik maken van de in die drie sectoren ontwikkelde kennis en ervaring.
Het probleem is steeds dat deze doelgroep tussen wal en schip dreigt te vallen. Dat vraagt om harmonisatie van de verschillende wetten. De Wvggz zou moeten regelen dat mensen met een verstandelijke beperking een adequate psychiatrische behandeling kunnen krijgen in een daartoe voor VG-zorg gespecialiseerde instelling (in de VG-sector). De Wzd zou moeten regelen dat mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek op een adequate wij worden behandeld in een daartoe voor VG-zorg gespecialiseerde instelling (in de VG-sector) volgens de standaarden van de psychiatrie.

Ad1. Een belangrijke uitkomst van de tweede evaluatie Wet Bopz (2002) was dat de Wet Bopz onvoldoende rechtsbescherming biedt aan cliënten met een verstandelijke beperking. Een oplossing werd gezocht in een aparte wet voor onvrijwillige zorg. In een artikel in het tijdschrift voor gezondheidsrecht (bijlage 4) beargumenteert Frederiks dat de redenen die in 2002 werden genoemd inmiddels niet meer opgaan, waardoor er feitelijk geen belemmeringen meer zijn om de Wet Bopz door een gezamenlijke nieuwe wet te vervangen.

Ad2. Een belangrijke uitkomt van de Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg (2014) is dat de wetgever zich moet inspannen om de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte GGZ qua inhoud meer op elkaar af te stemmen, oftewel te harmoniseren. We missen echter een toelichting bij de diverse keuzes die zijn gemaakt (o.a. de aanpassing van de term gevaar naar ernstig nadeel) waardoor het harmoniseren nu niet verder gaat dan het aanpassen van enkele termen in beide wetten. Verder dan de termen wordt er nauwelijks geharmoniseerd (zie ad 3). Een voorbeeld is de huisregels, waarover al veel is gezegd in diverse onderzoeken. Het gaat dan vooral om het beveiligingsniveau. Het gaat dan vooral om harmonisatie ten aanzien van wat wel en niet in het kader van beveiliging in huisregels vastgelegd mag worden. De GGZ gaat duidelijk een stap verder.

Ad3. De thematische wetsevaluatie spreekt in aanbeveling 4 en 5 over het instellen van een met de geneesheer-directeur vergelijkbare functionaris in de Wet zorg en dwang. In veel verpleeghuizen maar ook in instellingen voor de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking is een Bopz-arts aanwezig. Om onduidelijke redenen ontbreekt in de Wet zorg en dwang de functie van een 'Zorg en dwang-arts'. Zowel de NVAVG als Verenso hebben een modeltaakomschrijving voor de taken en verantwoordelijkheden van een Bopz-arts.

Een Zorg en dwang arts zou als belangrijkste meerwaarde en taak hebben om zo onafhankelijk mogelijk de verschillende vormen van onvrijwillige zorg in samenhang af te wegen en toezicht c.q. overzicht te houden op het afbouwen van onvrijwillige zorg. Dit maakt het bovendien mogelijk om de opgebouwde expertise van de Bopz-arts voor het veld te behouden. Zonder onrecht te doen aan het eigen karakter van de Wzd en met behoud van het stappenplan is het goed denkbaar en aan te raden om de externe toets bij de zwaardere vormen van onvrijwillige zorg door de Zorg en dwang-arts te laten doen, voorafgaand aan het inzetten van de onvrijwillige zorg.

Ad4. Het begrip onvrijwillige zorg is met de tweede nota van wijziging aangepast. Het begrip 'insluiting' is onder andere toegevoegd. Dit is een term die niet gebruikelijk is in de psychogeriatrie of de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Bij het toedienen van gedragsregulerende medicatie moet in bepaalde situaties – verzet van cliënt en/of instemming vertegenwoordiger en de cliënt verzet zich niet) het stappenplan voor onvrijwillige zorg gevolgd moet worden. De wetgever lijkt bij deze vorm van onvrijwillige zorg de richtlijnen van Verenso en de NVAVG over het hoofd te hebben gezien.

Ad5. Oorspronkelijk was de doelstelling van de wetgever om de Wet zorg en dwang cliëntvolgend te maken. De tweede nota van wijziging introduceert echter een nieuw artikel 2a Wzd. In lid 1 van dit artikel wordt bepaald dat het verboden is aan een cliënt die niet in een geregistreerde accommodatie is opgenomen onvrijwillige zorg te verlenen. Hierop zijn volgens lid 2 wel uitzonderingen mogelijk indien de onvrijwillige zorg bij Algemene Maatregel van Bestuur is aangewezen en aan de in die maatregel verbonden voorwaarden wordt voldaan. Wij zouden graag horen van de wetgever welke ambulante situaties in aanmerking komen voor het verlenen van onvrijwillige zorg. Dit is met name van belang omdat in de Wet zorg en dwang geen mogelijkheden zijn opgenomen voor een voorwaardelijke machtiging. De HR heeft in 2015 (zie bijlage 3) geoordeeld dat een voorwaardelijke machtiging niet mogelijk is in de ouderenzorg of instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg omdat zowel de huidige als de toekomstige wet er niets over zegt. De wetgever biedt wel ruimte om bij ontslag een aantal voorwaarden te formuleren, waarmee een cliënt moet instemmen. Een voordeel van een voorwaardelijke machtiging is dat *van te voren* de voorwaarden getoetst worden door een rechter, dit is anders bij ontslag van een cliënt door de zorgaanbieder. Een andere optie is om voorwaarden in het zorgplan op te nemen, maar daarbij is de rechtsbescherming minder gewaarborgd. Met de komst van de FACT teams in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking is een voorwaardelijke machtiging, die tot nu toe met succes werd uitgesproken, een groot gemis.

Ad6. In de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatrie is een cliëntenvertrouwenspersoon op grond van de Wet zorg en dwang nog niet verplicht. Dit geldt nu alleen voor de patiëntenvertrouwenspersoon in de GGZ. In de tweede nota van wijzing heeft een aanpassing plaatsgevonden

Het huidige artikel 57 lid 4 luidt: *Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld met betrekking tot: a. de deskundigheid van de cliëntenvertrouwenspersoon; b. de onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder en het indicatieorgaan en c. de taken en bevoegdheden van de cliëntenvertrouwenspersoon.*

Nieuw artikel 57 lid 4 luidt: *Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de deskundigheid waaraan een cliëntenvertrouwenspersoon dient te voldoen, de taken en bevoegdheden, alsmede over de onafhankelijke rol van de cliëntenvertrouwenspersoon, bedoeld in het derde lid.*

Wij betreuren het dat de cliëntenvertrouwenspersoon niet wordt ondergebracht bij bijvoorbeeld de Stichting PVP om hiermee de huidige praktijk en ervaringen met de patiëntvertrouwenspersoon maximaal te benutten. Ook de thematische

wetsevaluatie verwijst hiernaar en eerder het college voor de rechten van de mens. Met de komst van de WKKGZ hebben instellingen vanaf 1 januari 2017 ook een klachtenfunctionaris in huis. Beide functies zijn gezien hun doelstellingen niet inwisselbaar. Het op een eenduidige manier regelen en verankeren van het vertrouwenswerk draagt bij aan de rechtspositie van cliënten in de ouderenzorg en zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en biedt bovendien helderheid, kwaliteit en eenduidigheid voor zorgverleners.

Ad7. De tweede nota van wijziging is mede bedoeld om de samenhang tussen de Wvggz, de Wfz en de Wzd te bevorderen. Bij justitie is een toenemend aantal cliënten met een verstandelijke beperking die in het reguliere circuit onvoldoende tot hun recht komen. Ook niet in de reguliere Ggz.

Speciaal daarvoor zijn destijds instellingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking aangewezen, de zogenaamde Sglvg-behandelcentra, om deze cliënten een goede behandeling te kunnen bieden. Nog altijd echter blijkt dat de verschillen in wet- en regelgeving een belemmering vormen om deze cliënten op de juiste plek een behandeling te kunnen aanbieden. De inhoudelijke problematiek van deze cliënten vraagt dat er niet alleen aandacht wordt geschonken aan een goede harmonisatie tussen de Wfz en de Wvggz, maar mogelijkheden worden gecreëerd voor behandeling van deze cliënten in daartoe gespecialiseerde instellingen die niet behoren tot de categorie van Ggz-instellingen.

Het komt regelmatig voor dat er problemen zijn om voor cliënten met een voorwaardelijke machtiging, deze machtiging om te zetten naar een verplichte opname binnen De Borg. Achtergrond daarvan is dat verplichte opname in het kader van de Bopz alleen mogelijk is bij psychiatrische instellingen die voorkomen op de lijst van instellingen die limitatief is toegevoegd als bijlage bij de Bopz. De Borginstellingen hebben geen toelating als psychiatrische instelling en komen dus niet voor op die lijst.Het gevolg is dat cliënten die wat de aard van hun probleem betreft voor opname in één van de Borginstellingen in aanmerking komen niet toegelaten mogen worden en worden doorverwezen naar de psychiatrie.

Ad8. (zie ook bijlage 5) In 2014 zijn het VUmc, de Vrije Universiteit en Cordaan (afdeling VG) een tweejarig onderzoek gestart naar de overgang van de Wet Bopz naar de Wet zorg en dwang. Op basis van dit onderzoek, dat wordt uitgevoerd vanuit juridisch en praktisch perspectief zijn een paar belangrijke punten te benoemen.

- De Wet zorg en dwang lijkt veel intramuraler te gaan worden dan altijd is vooropgesteld. De reikwijdte wordt nu gekoppeld aan de Wlz of een verklaring van een ter zake kundig arts dat een cliënt aangewezen is op zorg. Dit is onduidelijk en lijkt minder breed dan het beoogde ‘de Wet gaat gelden voor alle zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking, waar zij deze zorg ook krijgen’.
- De wet verbindt onvrijwillige zorg en opnames aan (geregistreerde) accommodaties. De definitie van accommodaties lijkt uitsluitend van toepassing op klassieke ‘instellingsterreinen’, terwijl in de praktijk meer en meer sprake is van kleinschalig en (deels) zelfstandig wonen.
- Zorgverleners zijn kritisch ten aanzien van de administratieve lasten en de uitgebreide voorwaarden die verbonden worden aan *iedere* vorm van onvrijwillige zorg.
- Het overkoepelende begrip van onvrijwillige zorg speelt verwarring over de begrenzing ervan in de hand. Hoe zit het met afspraken? Pedagogische maatregel?
- Wordt er met de overname van de taken van de officier van justitie door het CIZ voldoende rechtsbescherming geboden aan cliënten?

Mocht u naar aanleiding van deze reactie vragen hebben dan zijn wij graag bereid om de hierboven genoemde onderwerpen nader toe te lichten.

Mede namens de NVAVG, Verenso en de Borg.

Met vriendelijke groet,

Mr. dr. Brenda Frederiks *universitair docent gezondheidsrecht en senior onderzoeker VUmc*
Mr. S. Steen LLB *junior onderzoeker VUmc*

Bijlagen:

1. Reactie Verenso en NVAVG, 15 oktober 2015
2. Reactie De Borg, 15 oktober 2015
3. Hoge Raad 2 oktober 2015, ECLI:NL:HR:2015, 2915 met annotatie B.J.M. Frederiks en S.Steen
4. Frederiks, B.J.M. Voortschrijdend inzicht. Gedwongen zorg in psychogeriatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg in een wettelijke regeling met psychiatrie. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2015 (39), p. 226-231.
5. Impressie factsheet Wet zorg en dwang, VU/VUmc, april 2015