

Wanneer een ggz-instelling toch niet in staat blijkt te zijn om deze nieuwe procedure adequaat uit te voeren, dan zal de Inspectie deze instelling verzoeken om voor een bepaalde tijd wederom elke suïcide en elke ernstige suïcidepoging te melden en tegelijkertijd de interne procedure van onderzoek en analyse te verbeteren.

Vertrouwen gerechtvaardigd?

Op 23 juni 2010 heeft de PvdA over dit onderwerp vragen gesteld aan minister Klink van VWS.

Het Tweede Kamerlid Bouwmeester, die de vragen heeft ingediend, betwijfelt of de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg zo hoog is dat niet meer elke suïcide hoeft te worden gemeld.

Het antwoord van de minister houdt kort samengevat in dat de Inspectie op grond van de ruim 25 jaren ervaring met het toezicht op de suïcidemeldingen, er vertrouwen in heeft dat de geneesheren-directeuren goed in staat zijn om het benodigde onderscheid te maken en dat ook de meldingsbereidheid in de ggz hoog zal blijven.

Het antwoord van de minister houdt kort samengevat in dat de Inspectie op grond van de ruim 25 jaren ervaring met het toezicht op de suïcidemeldingen, er vertrouwen in heeft dat de geneesheren-directeuren goed in staat zijn om het benodigde onderscheid te maken en dat ook de meldingsbereidheid in de ggz hoog zal blijven.

Op 7 juli heeft de Inspectie een overleg gehad met het Landelijk Platform GGZ en Ypsilon, naar aanleiding van een bericht in de media waarin zij hun zorgen hadden geuit over de nieuwe meldingsprocedure. De Inspectie zal de aandachtspunten die het LPGGZ en Ypsilon naar voren hebben gebracht, betrekken bij de evaluatie van de pilot.

Eind 2010 zal naar verwachting de multidisciplinaire richtlijn 'Beoordeling en behandeling suïcidaal gedrag' verschijnen. De Inspectie verwacht dat deze richtlijn behulpzaam zal zijn bij het verbeteren van de zorg rond suïcidale cliënten en zal naleving van deze richtlijn stimuleren.

63 Wet verplichte ggz ingediend bij de Tweede Kamer

*dr. A.J.K. Hondius*⁴

Informatiebijeenkomst in Den Haag op 29 juni 2010

Het wetsvoorstel Verplichte ggz (Wvvggz) is in juni 2010 naar de Tweede Kamer gestuurd.⁵ Nadat het oorspronkelijke wetsvoorstel in januari 2009 door vele personen en instanties van commentaar was voorzien, werd het bijna anderhalf jaar wachten. Eerst werden binnen de ministeries de commentaren verwerkt, vervolgens werden de formele routes, zoals het verzoek om advies aan de Raad van State, afgelegd, naar aanleiding daarvan werd het wetsvoorstel weer aangepast en ten slotte bood de regering het wetsvoorstel aan de Tweede Kamer aan. Voorafgaand aan de conceptie van het wetsvoorstel hebben rondetafelgesprekken en klankbordbijeenkomsten plaatsgevonden (2007-2009). Om al die betrokken personen en instanties de kans te bieden te horen hoe en welke aanpassingen aan het wetsvoorstel waren aangebracht, werden zij op 29 juni 2010 uitgenodigd door de ministeries van Justitie en VWS.

Ongeveer 25 deelnemers uit verschillende geledingen waren de 29e op de bijeenkomst in Den Haag. Een aantal van hen nam de gelegenheid te baat om een hartenkreet te uiten over de inhoud en vorm van het wetsvoorstel. Hierbij was wel sprake van een zekere herhaling van de discussies in de consultatierondes. Zo waren er vragen en opmerkingen over o.a. de kosten (kinderrechtshouders, landelijke cliëntenraad), over de doublure van de commissie en

⁴ Adger Hondius is psychiater en redacteur van JGGZR.

⁵ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/32399>. Zie ook JGGZR 2010/51.

de rechter (KNMG), over de vraag of alle zaken via de rechter lopen (advocatuur), over rechtsbescherming en het recht op inzage (RSJ), over de afstemming met de Wet op de jeugdzorg (GGZ Nederland), over de mogelijkheid van gegevensuitwisseling (Politie), over het voldoende tijd nemen voor alle opmerkingen en daarmee een goede wet creëren (RSJ) en ook over de mening dat elke vorm van dwang niet zou moeten kunnen, 'dwang is helemaal geen zorg, maar juist het tegendeel' (cliëntenbeweging⁶). Er volgde discussie, bijvoorbeeld over de rolverdeling tussen de commissie, de rechter en de burgemeester bij de crisismaatregel, over de dossiervorming, het daarbij horende vernietigingsrecht, het inzagerecht voor de cliënt (ja) en de vraag of een cliënt een verschijningsplicht heeft (nee). Ook (een bezorgde) discussie over de aansluiting op andere wetten (bijvoorbeeld Wet forensische zorg, Wet zorg en dwang).

Verschil met de consultatierondes is dat deze vragen en opmerkingen nu gericht moeten worden op de leden van de Tweede Kamer. Wijzigingen in het wetsvoorstel kunnen dan via amendementen van de Tweede Kamer tot stand komen.

In deze bijdrage worden enkele belangrijke veranderingen kort toegelicht. Weliswaar zijn er in het oorspronkelijke wetsvoorstel wijzigingen aangebracht, maar de consultatieversie en haar uitgangspunten zijn in grote lijnen ongewijzigd gebleven. In de zeer uitgebreide memorie van toelichting is door de opstellers van het wetsvoorstel toegelicht hoe zij gebruik hebben gemaakt van welke commentaren van wie.

Voor een uitgebreide beschrijving van het huidige wetsvoorstel wordt verwezen naar een artikel van Remmers van Veldhuizen in juli 2010.⁷

Omdat een deel van de 'preconceptuele' discussie zich zal gaan herhalen, wordt een beknopte weergave gegeven van enkele al bestaande opvattingen. Ook worden de adviezen van de Raad van State samengevat.

Opvattingen in de consultatierondes wetsvoorstel tot eind januari 2009

Over het oorspronkelijke wetsvoorstel en het voorspel is eerder in dit tijdschrift uitvoering geschreven.^{8,9} Interessant onderdeel van het hele voorbereidingsproces was het betrekken van vele partijen in consultatierondes vooraf (2007-2009). Uit alle geledingen konden mensen hun commentaar en suggesties inzake het wetsvoorstel aanreiken. Het werd heel duidelijk dat er voorstanders¹⁰ en tegenstanders¹¹ waren. De voorstanders uit verschillende geledingen wezen onder andere op het kunnen beperken van (zwaardere vormen van) verplichte zorg, het systematisch invoeren van rechtsprincipes als subsidiariteit en proportionaliteit, het hanteren van het wederkerigheidsprincipe (na dwang ook verdere zorg), het beter honoreren van wensen en voorkeuren van patiënten en op een aantal zaken waar men nu in de praktijk in vastloopt (één model rechterlijke machtiging i.p.v. een aantal; ambulante dwang wordt mogelijk; beroep tegen een uitspraak bij een klacht nu ook mogelijk voor een hulpverlener; juridische status vlak voor de ibs nu geregeld). De meeste kritiek van de tegenstanders (o.a. advocaten, ziekenhuispsychiaters, individuele professionals) richtte zich op het instellen van een commissie psychiatrische zorg (logistiek, bureaucratie, financiën, positie t.o.v. de rechter), op de crisismaatregel (logistiek) en de onduidelijke juridische positie van de patiën-

6 www.tekeertegendeisoleer.web-log.nl.

7 J.R. van Veldhuizen, 'Voorstel van Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg', *JGGZR* 2010/4, p. 67-74.

8 J.R. van Veldhuizen, 'Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, de eerste ronde', *JGGZR* 2009/1, p. 4-17.

9 L.A.P. Arends, 'Najaarsvergadering Vereniging voor gezondheidsrecht: vervanging Wet Bopz door Wet Verplichte ggz en Wet zorg en dwang', *JGGZR* 2009/8, p. 215-219.

10 J.R. van Veldhuizen, 'Adviseren of beslissen? De positie van de Commissie Psychiatrische Zorg in de wet verplichte geestelijke gezondheidszorg', *JGGZR* 2009/6, p. 155-171.

11 A.J. Tholen, 'Dwang tot achter de eigen voordeur', *MGv* 2010/1-2, p. 7-9.

ten in algemene ziekenhuizen (bijvoorbeeld als de WGBO niet van toepassing zou worden verklaard).

De verhouding tussen de commissie en de behandelaar (zorgverantwoordelijke) inzake diens professionele autonomie en het vervangen van het begrip psychiater door 'arts' werden als punten van zorg genoemd. Tevens werden veel vragen gesteld rond de privacy (welke informatie krijgt wie, wanneer).

Advies van de Raad van State

Op 29 juli 2009 werd het – naar aanleiding van de consultatierondes bijgewerkte – wetsvoorstel aan de Raad van State voorgelegd met het verzoek om advies. De Raad van State bracht op 3 november 2009 zijn advies uit en onderschrijft de strekking van het wetsvoorstel. Dat kan worden afgeleid uit het feit dat de Raad van State betrekkelijk weinig opmerkingen had. Wel bijvoorbeeld over de samenhang met andere wetsvoorstellen, de rol van de burgemeester en over de implementatie en voorlichting.

De minister van Justitie heeft kort samengevat op welke wijze de adviezen van de Raad zijn verwerkt. Zo hebben de beide betrokken ministeries desgevraagd de Raad uitgelegd hoe zij de verantwoordelijkheden hebben verdeeld: 'de totstandkoming van de wet is een primaire verantwoordelijkheid van Justitie, de implementatie en uitvoering primair die van VWS.' 'Er heeft daarmee geen herverdeling van bevoegdheden (kwaliteit van de zorg resp. veiligheid & bescherming) plaatsgevonden.'

De Raad heeft verder verzocht meer toelichting te geven inzake een aantal specifieke groepen zoals de 'geen bereidheid, geen bezwaar groep' (ggbg), 'verdachten en veroordeelden met een psychische stoornis' en de zorgwekkende zorgmijders.

Dat is geschied. Bijvoorbeeld in het geval van de ggbg-groep: deze zou buiten de wet vallen vanwege het ontbreken van verzet (art. 3.1: 'verplichte zorg is zorg die ondanks het verzet kan worden verleend'). Door een lid aan het

artikel toe te voegen (art. 3.1 lid 2) kan iemand uit de ggbg-groep tóch onder de wet vallen als er *geen blijk* is van de nodige *bereidheid* tot het ontvangen van zorg en voor betrokkene *geen vertegenwoordiger* optreedt (want die zou zich kunnen verzetten waardoor betrokkene onder de wet valt).

In de doelen van de verplichte zorg is voor deze ggbg-groep (art. 3.4 lid d en e) aangegeven dat het gaat om het stabiliseren van de gezondheid en het zoveel mogelijk herwinnen van autonomie.

Zorgwekkende zorgmijders kunnen alleen verplichte zorg ontvangen indien zij voldoen aan de criteria van het wetsvoorstel (art. 3.3). Zolang er geen ernstige schade voor henzelf of voor anderen ontstaat als gevolg van een psychische stoornis, vallen zij niet onder de reikwijdte van het wetsvoorstel.

Daarnaast heeft de Raad een aantal juridisch-technische adviezen gegeven dat voor het merendeel verwerkt is in het wetsvoorstel en toegelicht in de memorie van toelichting.

Voorbeelden zijn het voorkómen van belangenverstrengeling bij het aanstellen van een vertegenwoordiger (niet uit de instelling!), informatie in begrijpelijk taal (tolk, maar ook aangepast aan het bevattingsvermogen van betrokkene) en de inlichtingenbevoegdheid van de commissie (beperken tot primaire taken).

Op 23 april 2010 heeft de regering – inmiddels demissionair – besloten het wetsvoorstel aan de Tweede Kamer aan te bieden. Op 30 juni besloot de Tweede Kamer dat het wetsvoorstel behandeld kan worden (niet controversieel verklaard is) en heeft schriftelijke inbreng van alle fracties voor 28 oktober 2010 gesteld.

Wijzigingen in de vorm en terminologie van het wetsvoorstel

Het aangepaste wetsvoorstel bevat 17 hoofdstukken (dat waren er 14); nieuw zijn de hoofdstukken 9 (bijzondere bepalingen t.a.v. personen met een justitiële titel), 12 (familievertrou-

wenspersoon) en 16 (overgangsbepalingen). In artikel 12.1-5 worden de taken, bevoegdheden en plichten van de familievertrouwenspersoon omschreven. Anders dan de patiëntvertrouwenspersoon (art. 11.1) heeft de familievertrouwenspersoon geen signaleringstaak richting de inspectie.

In hoofdstuk 16 wordt geregeld wat er gebeurt met mensen met een Bopz-titel als de nieuwe wet in werking treedt. Hoofdstuk 9 was aanvankelijk elders ondergebracht.

Nieuw zijn ook enkele begrippen: de directeur zorgkwaliteit kreeg de Bopz-naam weer terug (geneesheer-directeur) en de vertrouwenspersoon werd weer patiëntvertrouwenspersoon. Ook werd het begrip patiëntcontactpersoon ingevoerd.

In hoofdstuk 1, Begripsbepaling, is de term 'patiënt' echter niet omschreven; in het wetsvoorstel wordt gesproken over 'betrokkene'. De memorie van toelichting spreekt van 'personen met een psychische stoornis'. De terugkeer van de term 'patiënt' is niet nader toegelicht. In hoofdstuk 8 is nieuw dat er een multidisciplinaire richtlijn moet worden ontwikkeld, gericht op de toepassing van verplichte zorg (art. 8.3.1 en 8.4). Deze richtlijn zal grote invloed gaan krijgen op de praktische uitvoering van de Wvvgz.

Er is meer aandacht voor jeugdigen gekomen. Zo is ook nieuw de invoering van leeftijdscategorieën naar analogie van de WGBO: < 12 jaar, 12 jaar en jonger dan 16 jaar en 16 jaar en ouder (bijvoorbeeld art. 2.5). Ook blijkt dat uit het invoeren van termen als 'pedagogische maatregelen' en 'verstoorde ontwikkeling' bij het schadebegrip.

In de titel van het oorspronkelijke hoofdstuk 3 zijn naast *criteria* voor verplichte zorg nu ook *doelen* van verplichte zorg opgenomen. Een voorbeeld van een criterium (art. 3.3) is dat er 'geen mogelijkheden voor zorg op vrijwillige basis zijn', een voorbeeld van een doel (art. 3.4) is 'een aanzienlijk risico op ernstige schade af te wenden'. Ook is de verplichte zorg beter

gedefinieerd (art. 3.1), naast een definitie van zorg (art. 3.2).

De term 'wilsonbekwaam' is in de memorie van toelichting als term gebleven en niet de voorgestelde term 'oordeelsonbekwaam'. Wel is de definitie van wilsonbekwaamheid in de verschillende artikelen (art. 2.1.6-a, art. 4.1.1) weer uniform beschreven, namelijk 'niet in staat zijn tot een redelijke *waardering* ter zake'.

Wijzigingen in de inhoud van het wetsvoorstel

De inhoud van het wetsvoorstel is veel minder gewijzigd dan de vorm en de terminologie. Er worden enkele voorbeelden gegeven.

In het hoofdstuk 2, Algemene uitgangspunten en reikwijdte, is gesteld dat de voorkeuren van een patiënt niet worden gehonoreerd indien die in strijd zijn met goed hulpverlenerschap (art. 2.1 lid 6). Deze wijziging komt in plaats van het eerdere 'voor zover medisch verantwoord is'.

Naar aanleiding van de discussie over patiënten die in het algemene ziekenhuis onbedoeld onder de Wvvgz zouden gaan vallen, is een wijziging aangebracht.

In het definitieve wetsvoorstel is in artikel 2.3 aangegeven dat 2 (i.p.v. 3) artikelen van de WGBO (nl. art. 450, toestemming, en art. 465, vervangende toestemming bij wilsonbekwaamheid) niet van toepassing zijn op de *verplichte zorg die op grond van een zorgmachtiging of crisismaatregel aan betrokkene wordt verleend*. Dat was eerst '[...] de WGBO-artikelen niet van toepassing zijn op een persoon ten aanzien van wie een zorgmachtiging is afgegeven'. Deze wijziging in het wetsvoorstel betekent dat indien de zorg wél is omschreven in de zorgmachtiging, deze kan worden toegepast, en als deze níet in de zorgmachtiging is omschreven, de WGBO geldig is. Daarnaast is het 'acute behandelartikel' van de WGBO (art. 466) niet meer genoemd als zijnde niet van toepassing.

In artikel 3.4. lid 2 is een en ander nog eens verwoord: 'Indien het gedrag van een persoon

als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor zijn fysieke gezondheid, kan ook de verplichte zorg worden verleend om zijn fysieke gezondheid te stabiliseren of te herstellen.' In de memorie van toelichting wordt daarover gezegd: 'De behandeling van een somatische aandoening is alleen mogelijk in samenhang met zorg en dwang die is gericht op het herstel van de psychische stoornis. Voor de gevallen waarin enkel herstel van de fysieke gezondheid wordt beoogd, zal de behandeling op grond van de WGBO plaats moeten vinden.'

In ieder geval zijn deze wijzigingen een goede stap in de richting van een (praktische) oplossing.

Zelfbindingsverklaringen (hoofdstuk 4) worden niet meer naar de IGZ gezonden, maar naar een register dat door de commissie wordt bijgehouden. Dat betekent dat er bij een crisismaatregel actief gezocht moet worden in dat register. Overigens is inzake de zelfbindingsverklaring wel de eis teruggekomen van een verklaring met betrekking tot de wilsbekwaamheid door een onafhankelijke arts (art. 4.1.6). Hoewel de zelfbinding beter is gepositioneerd dan onder de Wet Bopz, blijft de termijn van een uitspraak van de rechter relatief lang: drie dagen (art. 4.4, art. 6.2b). Bij de Wet Bopz is dat maximaal binnen vijf dagen.

In het hoofdstuk 5 over de commissie worden haar taken duidelijk verwoord: advisering (aan rechter respectievelijk geneesheer-directeur) over afgifte, beëindiging en tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging en crisismaatregel. Niet is haar taak de besluitvorming of toezicht, wel het signaleren van tekortkomingen in de zorg. Ook is de zorgkaart beter op de kaart gezet (art. 5.7), waarop de voorkeuren van betrokkene kunnen worden vermeld.

Veel aandacht is besteed aan de gegevensverwerking en bewaartermijnen (art. 5.18-21). In verschillende hoofdstukken zijn tijdstermijnen in het nieuwe wetsvoorstel explicieter en dui-

delijker gemaakt, bijvoorbeeld in hoofdstuk 6 (zorgmachtiging).

De burgemeester blijft degene bij wie een verzoek tot een crisismaatregel kan worden gedaan (art. 7.1). Dat was in het oorspronkelijke wetsvoorstel de commissie. Nu krijgt de commissie wel een afschrift van het verzoek. In artikel 7.4 is veel explicieter omschreven hoe de verplichte zorg vorm kan worden gegeven als er nog geen sprake is van een crisismaatregel ('de pre-ibs-problematiek').

Ten slotte

Het wetsvoorstel is niet wezenlijk veranderd, maar wel mooier en logischer opgebouwd dan het oorspronkelijke wetsvoorstel. Aan de hand van de eerste commentaren en hartenkrenen lijkt ook de discussie niet wezenlijk veranderd te zijn. Een interessante bijwerking van de ontwikkeling van het wetsvoorstel is dat vanwege de verplichting van een financiële paragraaf er nu expliciet en concreet de vraag aan de orde is gekomen hoeveel de Wet Bopz eigenlijk kost. De laatste jaren zijn de administratieve en zorgvuldigheidseisen van de Wet Bopz fors toegenomen zonder dat duidelijk werd aangegeven hoe die betaald zouden moeten worden.

Of dit wetsvoorstel wet wordt, hangt van veel factoren af. De commissie psychiatrische zorg zal alleen goed kunnen functioneren als de kwaliteit van de leden optimaal is. Dat betekent onder meer dat zij goed geschoold zullen moeten worden en zicht moeten hebben op de (lokale) haalbaarheid van hun advies. Hierbij is het belangrijk dat het onderhandelingsklimaat van de ggz ruimte blijft houden en bepaalde vormen van 'lastig gedrag' niet onbedoeld 'gepsychiatriseerd' worden. Sterke punten van het wetsvoorstel zijn de 'stepped care'-benadering en de ambulante behandelingsmogelijkheden. Door een richtlijn te ontwikkelen die multidisciplinair van aard is, wordt de dwangtoepassing op een rechtvaardige wijze vermaatschappelijkt.