



Aan de leden van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum
26 januari 2016
Contactpersoon
Tineke Stikker
Ons kenmerk
KV/tesr/esze/196173/2017
Onderwerp
Inbreng wetsvoorstel Wvvggz

Bijlage(n)
2
Doorkiesnummer
06-21855233
Uw kenmerk
-

Geachte leden van de Tweede Kamer,

Binnenkort behandelt u in de Tweede Kamer het voorstel voor de Wet verplichte ggz (Wvvggz). GGZ Nederland is een groot voorstander van een wet rond gedwongen geestelijke gezondheidszorg die beter aansluit bij de actuele praktijk van ambulante behandelen en begeleiden. Het is daarom positief dat het voorstel een *behandelwet* is, in plaats van een *opnamewet*. Het wetsvoorstel kan een aanmerkelijke verbetering betekenen voor patiënten, familie en naasten en zorgverleners.

Observatiemaatregel

Wat opvalt in het wetsvoorstel - en wat ook veel media-aandacht kreeg - is de voorgestelde observatiemaatregel (hoofdstuk 7A). De observatiemaatregel is volgens ons in zijn huidige vorm volstrekt niet bevorderlijk voor het doel dat ermee wordt beoogd en wijzen we dan ook af. Het doel van de maatregel is om snel een goede inschatting te kunnen maken of en zo ja welke vorm van zorg en ondersteuning nodig is bij mensen die als gevolg van hun gedrag mogelijk op korte termijn een gevaar voor zichzelf of hun omgeving opleveren, maar van wie een onvolledig beeld bestaat van hun toestand. Dit geschetste doel onderschrijven wij volledig. Echter, de oplossing die nu wordt voorgesteld is naar onze mening niet doeltreffend. De observatiemaatregel maakt het mogelijk om mensen snel naar een opnamelocatie te brengen en hun gedrag te observeren. Wat evenwel niet mogelijk is, is om zonder de toestemming van de persoon in kwestie te starten met een behandeling als die noodzakelijk is. De maatregel werkt daardoor vertragend.

Ook hebben wij grote twijfel over de mate waarin een goed oordeel geveld kan worden over iemands toestand wanneer hij of zij uit zijn eigen omgeving, tegen zijn wil, in een ggz-instelling wordt opgevangen zonder verdere mogelijkheden om te (be)handelen. Het zal niet bijdragen aan de relatie tussen zorgverlener en patiënt als iemand in een ongemakkelijke situatie in een instelling geobserveerd wordt. Terwijl juist die vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener essentieel is voor een goede diagnose en een daarop volgend behandelings- of zorgplan. De maatregel staat naar onze mening haaks op het uitgangspunt



dat de Wvggz geen opnamewet is, maar een patiëntvolgende behandelwet. Wij onderschrijven dat de opvang en zorg voor mensen die verward gedrag vertonen verbeterd moet worden en zien juist mogelijkheden om dat te bereiken door de criteria van de crisismaatregel te verduidelijken. Door deze criteria te verduidelijken kan, indien de situatie daar om vraagt, direct gestart worden met de behandeling, klinisch danwel ambulant en kan de beschikbare tijd voordat een beslissing over een crisismaatregel is genomen (maximaal 18 uur) eveneens gebruikt worden om een compleet beeld te verkrijgen van de persoon en zijn of haar omgeving. Voor een gedetailleerde beschrijving van ons voorstel, dat ook gedeeld wordt door de NVvP en het Landelijk Platform GGz, verwijzen we u naar de bijlage.

Nadere vragen of suggesties voor verbeteringen

GGZ Nederland werkt al jaren aan de voorbereiding van de Wet verplichte ggz. Er zijn speciale werkgroepen ingericht die onderdelen van het wetsvoorstel (ook de eerdere versies) doorlopen op praktische haalbaarheid. De input van deze werkgroepen vormt de basis voor onze commentaren op het wetsvoorstel. Enkele punten vragen volgens ons nog nadere aandacht, namelijk:

- a) de rol en positie van de geneesheer-directeur en die van de officier van justitie
- b) één wet verplichte zorg
- c) de rol en positie van de verklarend arts en zorgverantwoordelijke
- d) de verhouding tussen de WGBO en de Wvggz
- e) registratieverplichtingen en ketenoverleg
- f) organisatorische en financiële gevolgen van het wetsvoorstel
- g) ambulante zorg

In bijlage 1 gaan we verder in op deze specifieke onderwerpen.

In bijlage 2 zullen we meer artikelsgewijs nog vragen stellen en opmerkingen plaatsen.

Tot slot vragen we om bij het vaststellen van de datum van inwerkingtreding rekening te houden met voldoende implementatietijd. Deze wetswijziging vergt grote aanpassingen in cultuur, bedrijfsvoering, werkwijze, voorlichting, bekostiging en scholing van medewerkers.

Indien u vragen heeft over deze brief of de inhoud van de bijlagen, neemt u dan contact op met Tineke Stikker, juridisch adviseur (tstikker@ggz nederland.nl / 06-21855233) of Olfert Koning, adviseur public affairs (okoning@ggz nederland.nl / 06-29020035).

Met vriendelijke groet,



Mw. drs. J.D.C. Geel
voorzitter

Bijlage 1 – Nadere uitwerking van specifieke onderwerpen in het voorstel Wet verplichte ggz

Observatiemaatregel

Zoals in de brief aangegeven is GGZ Nederland geen voorstander van de observatiemaatregel, het is stigmatiserend en is geen oplossing voor de beoogde groep. Dit standpunt delen wij met onder meer de NVvP en het Landelijk Platform GGz. Daarnaast willen we ook wijzen op de praktische haalbaarheid van deze maatregel.

Indien blijkt dat er na de observatiemaatregel een zorgmachtiging nodig is, dan is de periode van drie dagen om deze voor te bereiden praktisch onhaalbaar. En daarmee lijkt de observatiemaatregel een repressieve maatregel te worden die hooguit tijdelijk een probleem oplost op het terrein van de openbare orde en veiligheid. Hier zijn ook andere oplossingen voor: intensievere bemoeizorg, landelijke dekking van FACT teams, of nadere duiding van de regelingen voor een crisismaatregel zodat die beter benut kunnen worden.

Daarnaast zien wij rond de observatiemaatregel de volgende knelpunten:

- Er is geen behandeling mogelijk als de betrokkene dit niet wil;
- Het effect van de observatiemaatregel zal vertragend werken indien zorg wel nodig is;
- Voor de betrokkene zelf is het zeer ingrijpend om maximaal drie dagen, zonder rechterlijke toets, gedwongen tussen ernstig zieke psychiatrische patiënten te moeten verblijven en vice versa;
- Het is niet toegestaan overige beperkingen op te leggen behalve om iemand binnen de kliniek te houden of om hem te belemmeren de kliniek te verlaten;
- Er wordt een onwenselijk veiligheidsrisico gecreëerd voor overige patiënten, het behandelklimaat en personeel van ggz-aanbieders.

a) De rol en positie van de geneesheer-directeur en die van de officier van justitie

De centrale verzoekersrol is in de tweede nota van wijziging gelegd bij de officier van justitie. Hierdoor kan de geneesheer-directeur zich richten op zijn kerntaak: het verlenen van (verplichte) zorg.

Met de vier belangrijkste ketenpartners wordt op dit moment een protocol ontwikkeld waar ook wordt ingegaan op de noodzaak dat iedere partner zijn rol oppakt.

Volgens GGZ Nederland kan dit wetsvoorstel slechts slagen als er sprake is van een landelijke dekking voor het toeleiden naar en uitvoeren van verplichte ggz. Het kan niet zo zijn dat er geen verplichte ggz mogelijk is in de regio waar iemand woont. Het is belangrijk dat de verschillende inkopers van ggz-zorg, zorgverzekeraars, gemeentes en justitie, als het gaat om bijvoorbeeld nazorg in een RIBW voor ex-justitiabelen, hier oog voor hebben. Bij de landelijke dekking pleit GGZ Nederland er voor om in de regio, bij voorkeur de arrondissementen van de rechtbanken, samen te werken met andere geneesheer-directeuren, gemeentes, politie, rechterlijke macht en het Openbaar Ministerie. Zo kan het belang van de patiënt en de zorg die hij nodig heeft, optimaal worden vormgegeven, zonder afhankelijkheid van een enkele zorgaanbieder. Ook moet er per regio voldoende forensische capaciteit zijn, eventueel een forensisch fact-team rondom bijvoorbeeld een RIBW. Dit met het oog op de samenhang van de Wvggz met de Wet forensische zorg en de doorstroom van patiënten uit het forensisch circuit naar de reguliere ggz.

- Nog steeds is het GGZ Nederland niet duidelijk hoe erop wordt toegezien dat de verschillende ketenpartners hun verantwoordelijkheid oppakken. Ook is niet duidelijk

welke mogelijkheden het veld heeft als één van de partners zijn rol niet oppakt. In de Wet Bopz heeft de officier van justitie een aanwijzingsbevoegdheid die niet in dit wetsvoorstel terugkomt.

b) Eén wet verplichte zorg

De Wet Bopz zal vervangen worden door twee wetten: de Wvggz voor de sector ggz en de Wet Zorg en Dwang voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten. Als er al verschillende doelgroepen te benoemen zijn in de reikwijdte van beide wetten, is het niet goed te verklaren dat er verschillende regimes van rechtsbescherming gelden voor de verschillende doelgroepen bij dwang of verplichte zorg. GGZ Nederland is voorstander van één wet verplichte zorg in plaats van twee verschillende wetten. Er zijn niet voldoende redenen, ook niet de tijdsdruk, om verschillende rechtspositieregelingen te hanteren. De Wvggz zou dan een kaderwet kunnen zijn voor de zware vormen van dwang, met aparte regelingen als AMvB's voor lichtere vormen van dwang, waar dan ook het stappenplan uit de Wet Zorg en Dwang een plaats in kan hebben. We delen hiermee de aanbeveling van ZonMw¹, die ook voor één wettelijk kader pleit.

c) De positie van de verklarende arts en de zorgverantwoordelijke

Volgens GGZ Nederland is er geen argumentatie in internationale wetgeving om alleen de psychiater de bevoegdheid toe te kennen een medische verklaring op te stellen. Voor de sector zou het bovendien praktische problemen opleveren. De onafhankelijk verklarend arts krijgt met de invoering van de Wvggz een uitgebreide rol en moet in korte tijd een zeer uitgebreide verklaring schrijven. Ten eerste is het de vraag of hiervoor voldoende psychiaters te vinden zijn, daar het financiële plaatje hiervoor nog onduidelijk is, maar bovenal stellen wij ons op het standpunt dat b.v. de verslavingsarts en de geriater hier voor bepaalde doelgroepen deskundiger zijn. Nu internationale jurisprudentie stelt dat het aan de wetgever is om uit te maken wie 'medical expert' is, pleiten wij ervoor om de tekst aan te houden van het wetsvoorstel Wvggz d.d. 1 oktober 2013 en de toelichting op het wetsvoorstel d.d. 29 oktober 2008, waarin de verslavingsarts genoemd staat.

Daarnaast pleiten wij ervoor dat bij het aanwijzen van de zorgverantwoordelijke aangesloten wordt bij het kwaliteitsstatuut ggz. Daarin staat omschreven wie regiebehandelaar kan zijn en wanneer de regiebehandelaar een psychiater moet consulteren. Hetzelfde kan gelden voor het aanwijzen van de zorgverantwoordelijke.

d) Verhouding WGBO en Wvggz

In de nota van toelichting behorende bij de tweede nota van wijziging staat dat de WGBO niet van toepassing is als er sprake is van verplichte zorg. Ook zou er geen geneeskundige behandelovereenkomst meer mogelijk zijn omdat er sprake is van verplichte zorg. Wij zouden graag van de bewindspersonen vernemen of dat ook werkelijk de bedoeling is, of dat de opmerkingen alleen zien op het deel van de behandeling waar betrokkene zich tegen verzet. Dan wordt immers verplichte zorg omschreven in de zorgmachtiging en het zorgplan, en voor het overige kan betrokken vrijwillig een geneeskundige of begeleidingsovereenkomst sluiten met de zorgaanbieder. Ook past het beter bij het doel van de Wvggz om als uiterste middel verplichte zorg te verlenen.

¹ ZonMw, 'Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg', september 2014

e. Registratieverplichtingen en ketensamenwerking

Het wetsvoorstel brengt een flinke uitdaging met zich mee rond informatie-uitwisseling tussen ggz, gemeenten, justitie en andere ketenpartners. Daarbij gaat het om uitwisseling van voor betrokkene uiterst gevoelige informatie. Een patiënt-volgende wet impliceert een landelijke dekking van deze uitwisseling. Een patiënt die in Groningen verplichte zorg geniet, kan ook in Maastricht ontregeld raken. Om zo spoedig mogelijk tot adequate zorg te komen is dan van essentieel belang dat de actoren in Maastricht zich daarover realtime kunnen informeren. GGZ Nederland pleit daarom voor een landelijke uitwisselingsinfrastructuur waarmee onder strikte condities door een zeer beperkt aantal actoren opgehaald kan worden wat de actuele en historische machtigingen zijn en welke geneesheer-directeur verantwoordelijk is voor zorg voor de betreffende persoon.

Informatie-uitwisseling rond de Wet verplichte ggz vindt in onze optiek bij voorkeur digitaal plaats, waarbij het belang van landelijk geldende standaarden voor uitwisseling onderstreept wordt. Thans bestaande regionale of gemeentelijke verschillen daarin zijn voor de ggz niet hanteerbaar. Tot slot pleiten wij ervoor om rekening te houden met het medisch beroepsgeheim en deze niet verder op te rekken. Wij zien het door de ministeries van VWS en V&J met relevante ketenpartners gezamenlijk opgestart programma voor informatie-uitwisseling in de verplichte zorg als een goede en belangrijke eerste stap om dat doel te realiseren. Wel uiten wij onze zorgen over het advies van de Autoriteit Persoonsgegevens d.d. 11 februari 2016, die kort samengevat aangeeft dat de Wvvgg niet op alle onderdelen voldoet aan de privacyregels.

- GGZ Nederland heeft zorgen over de betrokkenheid van gemeenten bij een gezamenlijk programma voor informatie-uitwisseling in de verplichte zorg. Ervaringen rond de gedecentraliseerde zorg roepen de vraag op of gemeenten zich kunnen committeren aan (de resultaten van) zo'n gezamenlijk traject.

f) Organisatorische en financiële gevolgen van het wetsvoorstel

Een van de voorwaarden om het wetsvoorstel te laten slagen is een goede financiering voor deze complexe en ingrijpende overheidstaak. Dat geldt zowel voor de implementatiekosten (scholing, wijzigen systemen, communicatie etc.) als voor de structurele kosten. Als de financiering per patiënt van zorgverzekeraars, gemeentes en het ministerie van Veiligheid en Justitie moet komen, blijft een ongedekt bedrag te investeren in het in stand houden van bijvoorbeeld bureau geneesheer-directeur, periodiek overleg op beleidsniveau en op casusniveau, en de noodzakelijke aanpassingen in de informatievoorziening (zie onze opmerkingen onder 'e' hierboven). In 2014² hebben we hiervoor een financieringsvoorstel aan de verantwoordelijk bewindspersonen gedaan. Hierop is helaas afwijzend gereageerd, tot op heden is er nog geen passende oplossing. Zolang er geen dekkende financiering is, bestaat het risico dat zorgaanbieders geen verplichte zorg kunnen bieden.

De kostenevaluatie van de Wet Bopz is recent door het Trimbos gepubliceerd³ en een van de bevindingen is dat de kosten van dwangopneming en ambulante drang aanzienlijk zijn, terwijl deze kosten gemaakt worden voor relatief weinig patiënten. In onze optiek verbloemt dat het maatschappelijk belang. Een inschatting van het aantal patiënten dat met een

² Bijlage 3: Brief GGZ Nederland/NVvP aan ministeries van VWS en V&J, d.d. 2 maart 2014

³ [Trimbos, 'kostenevaluatie van de Wet Bopz', oktober 2016](#)



Zorgmachtiging (ZM) te maken krijgt, of waarvoor een onderzoek naar de noodzaak moet plaatsvinden zonder dat een ZM volgt, is nu nog niet te maken.

- GGZ Nederland stelt voor de aanbevelingen van het Trimbos-instituut over te nemen en bij het invoeren van de Wvvgz kosten, inspanningen en ervaringen van patiënten te blijven monitoren. Daarnaast vragen wij om een passende vorm van financiering, zonder dat dit direct een administratieve last oplevert voor de zorgaanbieders.

g) Ambulante zorg

De Wet verplichte ggz voorziet in situaties die aansluiten bij de huidige praktijk van ambulante behandelingen. Hiervoor is nodig dat de ambulante ggz wordt opgebouwd met meer (F)ACT of IBT (intensieve behandeling thuis) teams. De verantwoordelijk bewindspersonen geven in de nota naar aanleiding van het tweede schriftelijk verslag aan dat de bewaking van voldoende aanbod van verplichte zorg bij de officier van justitie (OvJ) en de geneesheer-directeur (GD) ligt. Wij stellen ons op het standpunt dat de OvJ en de GD onvoldoende bevoegdheden hebben om de gemeente hierop aan te sturen en verzoeken wettelijk te verankeren dat er voldoende ambulante zorgaanbod is.

Waar het voorstel momenteel (nog) niet voldoende in voorziet is aandacht voor het toezicht en de veiligheid van zowel de patiënt, de zorgverlener als de rechter in een thuissituatie van een patiënt. Er moet goed nagedacht worden over hoe om te gaan met risicovolle situaties. In de ogen van GGZ Nederland moet er een wettelijke basis zijn om in de regio afspraken te maken over de aanwezigheid van de politie of een beveiliging, mocht er een onveilige situatie te verwachten zijn. Dit geldt ook voor het moment dat een patiënt vervoerd wordt naar een kliniek om een ZM/CM veilig te effectueren of gezien wordt voor een beoordeling. Daarbij moet gezocht worden naar een patiëntvriendelijke beoordelingslocatie. In het voorstel Wet verplichte ggz is er een belangrijke rol voor familie en naasten. GGZ Nederland vraagt ook aandacht voor hun veiligheid.



Bijlage 2 artikelsgewijze vragen en opmerkingen

In deze bijlage staan vragen, suggesties voor nadere uitleg of aanpassing en enkele verschrijvingen die wij nog aantreffen in de vierde nota van wijziging.

Hoofdstuk 1

- Art. 1:1 sub b, accommodatie: het begrip accommodatie is een volledig open begrip, ook een huisartsenpraktijk valt hieronder. De huisarts zelf is immers ook een zorgaanbieder, net als de RIBW. Is dat de bedoeling? Aan de andere kant is er niet 1 accommodatie per regio aangewezen die aan zodanige kwaliteitseisen voldoet dat daar (forensische) patiënten kunnen verblijven. Zie bv. aanwijzing in de Wfz, artikel 3:2.
- Art. 1:1, sub l: inspectie op het staatstoezicht: naar we begrepen vallen daar na de fusie ook de IJZ en de IVenJ onder. Is er in deze wet nog een rol weggelegd voor de toezichthouders van de gemeente, en zo ja welke?
- art1:1 lid 2: We blijven het onnodig vinden dat 'schade' vervangen is door 'ernstig nadeel'. Nu komen de termen uit de Wvggz en Wzd overeen, maar wordt minder aangesloten bij de internationale terminologie 'serious harm'. Wij delen dit standpunt met het Landelijk Platform GGz en de NVvP.
- Artikel 1:3 lid 8: iemand die een wettelijk vertegenwoordiger heeft kan zelfstandig een klacht indienen. Ook als deze voor alle overige rechtshandelingen (volledig) handelingsonbekwaam is. We stellen voor hier een begrenzing aan te stellen dat de klacht gesteund wordt door de wettelijk vertegenwoordiger.
- Art.1:4 sub a: beiden (i.p.v. beide) instemmen. Lid 7 is vervallen: (verzet, instemming, meerder - en minderjarig). Dit zit nog wel in WZD, art 3a lid 6. Is daar een reden voor?

Hoofdstuk 3

- In de vierde nota van wijziging van de WZD wordt nog steeds gesproken over 'onvrijwillige zorg', terwijl daar precies dezelfde handelingen onder vallen (m.u.v. het besluit tot opname zelf dat via de rechter gaat).

Hoofdstuk 4

- Artikel 4:2 lid 2: Dit artikel noemt de gezinsvoogdijmedewerker, moet dit niet zijn de gezinsvoogdijmedewerker in het kader van een OTS, zoals ook vastgelegd in jeugdwet artikel 7.3.11?

Hoofdstuk 5

- 5:11 lid 3: wij verzoeken in dit artikel de geneesheer-directeur en zorgaanbieder eveneens te informeren.
- Wij stellen voor paragraaf 3 en 4 van dit hoofdstuk in volgorde om te draaien. Eerst bereidt de zorgverantwoordelijke de zorgkaart en het zorgplan voor en daarna volgt een medische verklaring.



- 5:14 lid 1 sub g: wij stellen voor om het beleidsplan van de zorgaanbieder openbaar te maken op de website en daar in het zorgplan naar te verwijzen. Dit voorkomt onnodige bureaucratie.
- Artikel 5:16 lid 2: wij stellen voor niet alle melders een bericht te laten krijgen, maar alleen de melders genoemd in artikel 5:2 lid 5. Dit past beter bij de privacywetgeving.

Hoofdstuk 7

- Art. 7:1: verduidelijk de begrippen "onmiddellijk dreigend ernstig nadeel"; en de situatie die "dermate ernstig" is dat geen ZM kan worden afgewacht.
- Art 7:2 lid 2 en 7:6: 'gezinsvoogdijmedewerker'. In de Jeugdwet staat 'instelling die gezinsvoogdij uitoefent'. Wij pleiten voor eenduidige terminologie.

Hoofdstuk 7A observatiemaatregel

- art 7 A:1 lid 3: hier staat nog het woordje observatiemachtiging i.p.v. observatiemaatregel. En wat doen we in onvoorziene noodsituaties? In art 8.9 Wvvggz staat de observatiemaatregel niet genoemd; de zorgverantwoordelijke mag dan blijkbaar niets doen terwijl iemand wel agressief kan zijn en andere patiënten bedreigt of mishandelt.

Hoofdstuk 8

- Art. 8:12 is een hele zware procedure. In 3 dagen moet je alles regelen, nieuwe medische verklaring, zorgplan aanpassen, zorgkaart etc. Toelichting geeft aan dat bij een wijziging zorgplan en -kaart vaak niet aangepast hoeven worden, maar dat is onjuist, immers anders was er geen onvoorziene zorg. Voorstel: maximaal 1 week.
- Art 8:16 lid 6: toevoegen 'In afwijking van 7:457 BW draagtervoor zorg dat het dossier ook zonder toestemming van betrokkene ter beschikking komt van etc.....'
- 8:17 lid 3 en 8:18 lid 6: wij zijn van mening dat een ZM, ook wanneer deze is gegeven door de strafrechter, alle bepalingen van de Wvvggz gewoon moeten worden toegepast. En dus geen toestemming voor beëindigen verplichte zorg. Voorstel: In die gevallen dat er nog een detentie open staat wordt de minister van VenJ wel geïnformeerd om direct betrokken te kunnen vervoeren naar een penitentiaire instelling (PI). Mocht de minister namelijk geen toestemming geven dan wordt de ggz-instelling een opvangplek voor burgers die ongewenst gedrag vertonen. Dat is in strijd met alle doelstellingen van de wet en de preambule.

Hoofdstuk 9

- Art 9:2 : ineens wordt gesproken over de cliënt i.p.v. over betrokkene of patiënt.