

Wetsvoorstel 'Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg' in consultatie

Dwang met mate

J.R. van Veldhuizen, psychiater,
directeur Zorgontwikkeling GGZ
Noord-Holland-Noord, lid van
de Derde Evaluatie Commissie

Correspondentieadres:
remmersv@hotmail.com;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De Wet Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen vertoont nogal wat zwakke plekken. Al die kritiek is verwerkt in een nieuw wetsvoorstel om gedwongen GGZ-interventies te regelen. Een belangrijke stap vooruit, hoewel er nog wel onduidelijkheden blijven.

Tot februari 2009 ligt het wetsvoorstel voor de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg ter consultatie. De ministers van Justitie en VWS willen deze wet nog deze regeerperiode laten ingaan als opvolger van de Wet BOPZ (Bijzonder Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen). De Wet BOPZ werd in 1994 van kracht en stuitte op veel kritiek. Er waren vele (vaak minder geslaagde) reparaties, bijvoorbeeld rond de 'paraplumachtiging'.¹ Daarnaast speelden discussies over de 'observatiemachtiging' en over het juridische oerwoud met vele soorten machtigingen.

Belangrijkste kritiekpunt was dat de Wet BOPZ een 'opnamewet' was die weinig ruimte bood om eenmaal gedwongen opgenomen personen ook onder dwang te kunnen behandelen.²

De Derde Evaluatiecommissie concludeerde

dat de Wet BOPZ op tientallen punten aan revisie toe was. Maar die reparaties leken niet te leiden tot een toekomstbestendige, moderne wetgeving.³ Deze evaluatiecommissie adviseerde een nieuwe, eenvoudiger(e) wetgeving, die meer 'verbindend' zou moeten werken. De minister van VWS verwoordde in zijn brief van 30 mei 2008 het kabinetsstandpunt 'dat het wenselijk is dat de Wet BOPZ nog deze kabinetsperiode wordt vervangen door een nieuwe regeling'.⁴ In 2008 vond een aantal vruchtbare preconsultaties plaats over een 'een

conceptwetsvoorstel ter vervanging van de Wet BOPZ'. Nadien is dat document herschreven tot het nu voorliggende wetsvoorstel.

Risico op schade

Het wetsvoorstel werkt volgens een persoonsvolgende systematiek. Bij personen met een geestelijke stoornis kan als uiterste middel verplichte zorg worden overwogen, indien het gedrag leidt tot een *aanzienlijk risico op ernstige schade* voor de patiënt zelf of een ander. Verplichte zorg kan alleen als er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg zijn, én als er geen minder bezwaarlijke alternatieven zijn die ook het beoogde effect hebben, én als die zorg proportioneel is en te verwachten effectief. Het wetsvoorstel gaat uit van een *stepped care*-benadering. De opbouw van het wetsontwerp volgt de stappen in het proces. Gedwongen interventies zijn te voorkomen als er vroegtijdig kwalitatief goede zorg wordt verleend. Bij verplichte zorg kan worden gedacht aan allerlei interventies, zoals verzorging, begeleiding, behandeling, opname, begeleiding of beveiliging. Deze zorg kan dus ambulante, semi-muraal of intramuraal plaatsvinden. De kwaliteit van die zorg zal door procedurele eisen worden geborgd. Daarbij wordt de nadruk gelegd op het daadwerkelijk luisteren naar de betrokkene en diens (op een 'zorgkaart' verwoorde) wensen en het versterken van de positie van die persoon, bijvoorbeeld door ruimte voor zelfbinding.⁵

De ruimte tot gedwongen interventies kan alleen door de rechter worden opgelegd. De

**De rechter hoeft zich
niet meer met medische
details bezig te houden**

rechter wordt hierbij geadviseerd door een multidisciplinaire commissie, die niet slechts facetten van de stoornis en de dreigende schade, maar ook het maatschappelijk functioneren en de visie van de patiënt en diens familie in haar advies zal betrekken. Die commissie neemt deels de huidige taken van het Openbaar Ministerie, van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en van de behandelend psychiater over. De werkwijze van de commissie moet het draagvlak voor de uiteindelijke beslissing vergroten. Bovendien verlost de commissie de behandelend psychiater van zijn dubbelrol als behandelaar en adviseur van de rechter. Daarnaast behoeft de rechter zich niet met medische details bezig te houden. De wetgever beoogt dat door dit alles 'partijen niet langer op een onnatuurlijke manier tegenover elkaar worden geplaatst, dat er in minder gevallen tot dwang wordt besloten, dat de aard van deze dwang minder ingrijpend is en dat de duur van de dwang wordt verkort'. Om de eenheid van de commissie te benadrukken, kiest de wetgever voor een model met een landelijk bestuur, dat onder andere ontwikkeling van richtlijnen en protocollen kan

stimuleren en daarnaast met landelijke gremia kan overleggen.

Het 'gevaarprincipe' wordt vervangen door de formulering: 'indien het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander'. Deze formulering betekent een breuk in de rechts-traditie, maar sluit aan bij Europese opvattingen. De ministers benadrukken dat de gronden voor gedwongen interventies niet anders worden dan ze nu zijn.

Dreigende schade

Daarbij is het 'aanzienlijk risico op ernstige schade' niet genoeg om te besluiten tot dwang. Dat kan alleen als er tevens geen mogelijkheden zijn voor vrijwillige zorg en er tegelijk geen minder bezwarende alternatieven met het beoogde effect zijn en als het verlenen van verplichte zorg in verhouding staat tot de dreigende schade en redelijkerwijs te verwachten effectief is. Pas als aan al die eisen is voldaan, kan de commissie de rechter tot dwang adviseren. De rechter kan op grond daarvan een zorgmachtiging afgeven met een omschreven

De wetgever beoogt met de nieuwe wet dat in minder gevallen tot dwang wordt besloten, dat de aard van deze dwang minder ingrijpend is en dat de duur van de dwang wordt verkort.

beeld: Peter van Beek, HH





Het lijkt erop dat de positie van de patiënt wordt versterkt. Maar ingeval van opgelegde zorgmachtiging kan de patiënt moeilijker onder de dwangbehandeling uitkomen.

De voorkeuren van de betrokken patiënt blijven richtinggevend

ruimte voor verplichte geestelijke gezondheidszorg. Maar die verplichte zorg zal onder een afgegeven zorgmachtiging niet zonder meer kunnen worden uitgevoerd door de behandelaar. De behandelaar ('zorgverantwoordelijke') zal met de zorgmachtiging in de hand steeds eerst zelf moeten overwegen of er geen alternatieven zijn, of de voorgenomen behandeling of interventie effectief zal zijn en of deze zo veel mogelijk de voorkeuren van betrokkene honoreert, voor zover deze tot een redelijke beoordeling ter zake in staat is. Nieuw is dat de behandelaar moet zorgen voor een 'zorgkaart' waarop de voorkeuren van de betrokkene worden vermeld. De voorkeuren van betrokkene blijven dus richtinggevend, zolang dat medisch verantwoord is. De zorgmachtiging machtigt de zorgverantwoordelijke om een besluit te nemen over het inzetten van verplichte GGZ, maar dit besluit dient hij aan de patiënt te melden als klachtwaardig besluit. De nu instellinggebonden klachtcommissies zullen regionaal worden georganiseerd, en patiënt en behandelaar krijgen de mogelijkheid tot beroep bij de rechter.

Naast de door de rechter uitgesproken zorgmachtiging wordt de opvolger van de inbewaringstelling (ibs) geïntroduceerd, die nu 'crisismaatregel' heet. Voorafgaande aan deze crisismaatregel wordt de ruimte voor voorlopig beveiligend ingrijpen, zoals ambulancevervoer, geregeld.

Komt het uiteindelijk tot verplichte geestelijke gezondheidszorg, dan onderscheidt het wetsvoorstel de activiteiten van de zorgaanbieder (de instelling), de directeur zorgkwaliteit (vgl. de huidige geneesheer-directeur) en de zorgverantwoordelijke (de huidige behandelend psychiater). De herziening van bovenstaande termen is wellicht bedoeld om de wet ook in andere sectoren (psychogeriatric, verstandelijk gehandicaptenzorg, verslavingszorg) te kunnen invoeren. Aan de verschillende actoren worden verschillende bevoegdheden en verplichtingen gegeven, met enerzijds meer interne 'controle' en anderzijds meer ruimte om de veiligheid binnen accommodaties te garanderen.

Pluspunten en manco's

In eerste instantie dwingt het wetsvoorstel respect af. Alle thema's uit de discussies van de laatste jaren, de parlementaire behandelingen, alle kritiek op de Wet BOPZ, alle onderzoek en adviezen van de Derde Evaluatie Commissie en

SAMENVATTING

- De Wet BOPZ wordt binnenkort vervangen door de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.
- Het wetsvoorstel daartoe ligt ter consultatie.
- Kern is dat bij personen met een geestelijke stoornis als uiterste middel verplichte zorg kan worden overwogen indien het gedrag leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor de patiënt zelf of een ander.

de daarop volgende consultatieronden zijn in dit wetsvoorstel verwerkt. Bovendien schetst dit wetsvoorstel een op den duur beter te begrijpen en meer logisch opgebouwd systeem, met nadrukkelijk meer kwaliteitsaspecten dan nu in de Wet BOPZ aanwezig zijn.

De positie van de patiënt lijkt versterkt; er zal vaker worden gezocht naar alternatieven en lichtere vormen van dwang, maar ingeval van opgelegde zorgmachtiging kan verplichte GGZ effectiever worden uitgevoerd, kan de patiënt soms moeilijker onder de dwangbehandeling uit komen en kunnen afdelingsregels stringenter zijn. Respect voor (herstel van) autonomie staat centraal, eigen preferenties (vermeld op de zorgkaart) kunnen ook slaan op de wijze van dwangtoepassing en de zelfbindingsmachtiging wordt aanzienlijk vereenvoudigd.

De positie van de familie wordt versterkt, zowel in de fase van aanvragen van een machtiging (waarbij de onafhankelijk beoordelend psychiater voortaan altijd een geneeskundige verklaring moet afgeven) alsook bij het eventueel aanvechten van een beëindiging daarvan.

Voor de psychiaters lijken sommige 'winstpunten' juist een manco. Zo verloopt de beëindiging van de zorgmachtiging meer gecontroleerd. De directeur zorgkwaliteit kan de machtiging pas opheffen na advies van de commissie. Dat lijkt erg omslachtig maar voorkomt dat machtigingen vanuit onmacht worden beëindigd. Ook zal het wettelijk zijn dat de zorgmachtiging de zorgverantwoordelijke wel de ruimte biedt om verplichte GGZ te initiëren, maar dat uitvoeren van verplichte GGZ telkens een afzonderlijk besluit vergt, dat ook afzonderlijk wordt gecommuniceerd met betrokkene en waarvoor een klachtprocedure openstaat. Dat is een zware procedure, maar het stimuleert telkens opnieuw alternatieven voor dwang te overwegen en biedt anderzijds opening naar tijdige adequate dwangbehandeling, die voorheen soms niet mogelijk was. Bovendien is de transmurale zorgmachtiging een belangrijk en werkbaar instrument in de ambulante zorg.

Vanuit juristen, psychiaters en patiënten- en familieverenigingen zullen vertegenwoordigers zitting nemen in de commissie. Dit beoogt een 'verbindend' effect en meer consensusvorming. De positie van de commissie zal in de discussie veel aandacht krijgen. Voor velen blijft het een teleurstelling dat de wetgever het niet heeft aangedurfd om de vernieuwing zover door te zetten dat deze commissie besluitvormend en rechtsprekend kan functioneren. Het nu gekozen adviestraject kan leiden tot vertraging

en dubbele trajecten, met name als de rechter opnieuw alle betrokkenen wil horen. De argumentatie waarom een dergelijke commissie niet besluitvormend kan zijn, is tot nog toe niet erg overtuigend

Onduidelijk

Duidelijk worden of dit wetsvoorstel ook de psychogeriatric en de verstandelijk-gehandicaptenzorg gaat betreffen. Bij de Raad van State ligt een voorstel met een afzonderlijke regeling voor deze sectoren.

Ten tweede moet de relatie tot de WGBO duidelijker worden. Het wetsvoorstel stelt een aantal artikelen van de WGBO over wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging buiten werking voor personen met een zorgmachtiging. Dat kan een (onnodige) inbreuk op de rechtspositie van psychiatrische patiënten betekenen. Anderzijds lijkt het een vooruitgang als in bepaalde gevallen binnen een zorgmachtiging lichamelijke behandelingen verplicht kunnen worden gesteld, als deze een gevolg zijn van de psychiatrische stoornis.

Ten derde moet de crisismaatregel eenvoudiger uitvoerbaar worden, zonder een 'hoorplicht' door de burgemeester.

Ten vierde moet duidelijk worden hoe de zorgmachtiging uiteindelijk op schrift komt. Er zitten veel stappen tussen de behandelaar en de uitspraak van de rechter. Voorkomen moet worden dat de rechter een voor de behandelaar onuitvoerbaar zorgplan opneemt in de zorgmachtiging.

Ten vijfde: een belangrijke onduidelijkheid is de afstemming tussen dit voorstel en de eveneens ter consultatie liggende Wet forensische zorg. Het lijkt met name oneigenlijk dat de strafrechter een 'gewone' zorgmachtiging kan opleggen aan een verdachte, ongeacht of deze daadwerkelijk een strafbaar feit heeft gepleegd. In die procedure (ex art. 2.3 Wet forensische zorg) behoeft de strafrechter geen advies van de commissie psychiatrische zorg te vragen. Dat dient te worden herzien. Daarnaast moeten artikelen over de interne rechtspositie worden verduidelijkt.

Goede basis

In dit korte bestek is het moeilijk recht te doen aan dit wetsvoorstel. Ik ben onder de indruk van de vernieuwende en heldere opzet van het wetsvoorstel. Het voorstel zal ongetwijfeld veel discussies losmaken. Maar dit wetsvoorstel biedt zeker een goede basis voor verdere uitbouw naar een begrijpelijke en werkbare nieuwe wet. 



Eerdere artikelen van deze auteur staan bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Daar vindt u ook de literatuurlijst.

Referenties

1. Een paraplumachtiging werd voorheen door een rechter afgegeven aan iemand die in een thuissituatie verblijft. De paraplumachtiging maakte het mogelijk om op enig moment toch tot dwangopneming over te gaan.
2. Veldhuizen JR van. Van dwangopname naar dwangbehandeling. Medisch Contact 2004; 59 (19): 766-8.
3. Evaluatie Wet BOPZ III, (2007 mei). Evaluatierapport: Voortschrijdende inzichten, ministerie van VWS, Den Haag.
4. Kamerstukken II 2007/2008, 25, 763, 9.
5. Zelfbinding is een vooraf vastgelegde afspraak met een wilsbekwame patiënt over welke gedwongen zorg kan worden gegeven, ingeval hij wilsonbekwaam wordt en gevaar loopt.