

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

@medischcontact

Nieuwe wetten voor zorg onder dwang raken elke arts

De Wet verplichte ggz (Wvggz) voor psychiatrische patiënten en de Wet zorg en dwang (Wzd) voor mensen met een verstandelijke beperking en mensen met dementie zijn met ingang van 2020 van kracht. Drie vragen over deze dwangwetten waarmee elke arts te maken kan krijgen.



Wat is in het kort de strekking van beide wetten?

De Wzd en de Wvggz regelen dat aan een patiënt, ondanks verzet, zorg verleend kan worden als dat noodzakelijk is om te voorkomen dat hij of zij zichzelf of iemand anders ernstig benadeelt. In de Wzd heet dat onvrijwillige zorg; in de Wvggz verplichte zorg. Beide wetten zijn van toepassing op patiënten die vrijwillig in een instelling of ziekenhuis verblijven, op de polikliniek komen of die thuis zijn. Ze wijken daarin af van de huidige dwangwet (Wet bopz), die alleen van toepassing is op patiënten die gedwongen zijn opgenomen.

Psychiater en jurist Emke Plomp loopt momenteel stad en land af om collega's bij te scholen in de nieuwe wetgeving. Dat is hard nodig, zegt ze, want zowel de Wzd (zie *kader*) als de Wvggz zullen voor veel artsen praktische gevolgen hebben. Onder de Wvggz bereidt de geneesheer-directeur, op verzoek van de officier van justitie, de aanvraag voor een zorgmachtiging voor. Hij vraagt een onafhankelijke psychiater om een medische verklaring en vraagt een zorgverantwoordelijke om, na overleg met onder andere de naasten en de huisarts, samen met de patiënt een zorg-

‘Neem een psychotische patiënt die zijn diabetes verwaarloost...’

kaart en een zorgplan op te stellen. De zorgkaart bevat de wensen en voorkeuren van de patiënt. Het zorgplan omvat de precieze condities waaronder verplichte zorg wordt geleverd. ‘Let op’, zegt Plomp, ‘daar moet je dus vooraf over nadenken. Want de rechter toetst vooraf of de verplichte zorg in het zorgplan voldoet aan de wet. Verleent de rechter een zorg-

GER LOEFFEN/HOLLANDE HOOGTE

machtiging – of, in spoedsituaties, de burgemeester een crisismaatregel – dan mag de zorgverantwoordelijke beslissen wanneer hij de daarin opgenomen vormen van verplichte zorg start. Als de zorgverantwoordelijke geen psychiater is, moet hij eerst met de geneesheer-directeur overleggen. Die blijft eindverantwoordelijk voor de uitvoering van verplichte zorg.’

Welke praktische gevolgen hebben beide wetten?

Plomp: ‘Denk aan het toedienen van vocht, voeding en medicatie, en het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een somatische aandoening. Neem bijvoorbeeld een patiënt met een psychotische stoornis die als gevolg van die stoornis zijn diabetes verwaarloost. Die kun je nu met een zorgmachtiging of crisismaatregel op grond van de Wvvgz gedwongen insuline geven.’ Ze vermoedt dat dit geen zeldzame situatie zal zijn, en dat met name huisartsen en thuiszorg daarmee te maken zullen krijgen. ‘Een lastige zaak, vooral als de patiënt weigert. Dan kan de huisarts namelijk niet zoveel. Het is dus belangrijk om huisartsen te betrekken bij de opstelling van het zorgplan en samen te bekijken hoe zulke verplichte zorg kan worden uitgevoerd.’

Ze noemt nog een gevolg: ‘De Wvvgz kan ook de zorg voor zwangere vrouwen beïnvloeden, bijvoorbeeld als ze kampen met verslaving. De Wet bopz kende het begrip “gevaar”: was er gevaar voor de patiënt of voor diens omgeving, dan kon dat reden zijn voor gedwongen opname. Het nieuwe criterium luidt: “ernstig nadeel”. De wet noemt onder meer: levensgevaar of ernstig lichamelijk letsel voor de patiënt of iemand anders. Maar ook “ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van betrokkene of een ander”. En dat laatste kan ook slaan op de ontwikkeling van een foetus. Tot nu toe was onder de Wet bopz een foetus gedurende de eerste 24 weken van de zwangerschap geen rechtssubject, het was zagezegd geen “ander”. Dus was er strikt genomen ook geen gevaar voor die “ander” als een zwangere vrouw bijvoor-

STAPPENPLAN WET ZORG EN DWANG

Onvrijwillige zorg in de Wzd loopt volgens een stappenplan, uitgevoerd door de instelling die de patiënt behandelt of begeleidt. Twee functionarissen spelen daarin een sleutelrol: de zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris. De zorgverantwoordelijke is de uitvoerder van de zorg. De Wzd-functionaris heeft, zou je kunnen zeggen, de taak overgenomen van de ‘bopz-arts’ in het oude systeem. Hij beoordeelt het zorgplan als de zorgverantwoordelijke daar onvrijwillige zorg in wil opnemen en ziet toe op het zorgvuldig uitvoeren ervan. Zo’n functionaris hoeft niet per se een arts verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde te zijn, ook een gz-psycholoog of een orthopedagoog kan die rol vervullen. Daar is kritiek op gekomen van onder andere de KNMG: het betekent immers dat een niet-arts uiteindelijk verantwoordelijk is voor de toepassing van onvrijwillige zorg, waaronder ook somatische behandelingen kunnen vallen. Inmiddels is bij de behandeling van de wet in de Eerste Kamer besloten dat een Wzd-functionaris in dat geval wel altijd met een arts moet overleggen en afstemmen.

beeld drugs gebruikte. In de toelichting op de nieuwe wet staat echter uitdrukkelijk dat ook de ontwikkeling van een foetus, zonder leeftijdsgrens, is bedoeld. Je kunt nu dus veel sneller ingrijpen. Daar komt nog iets bij: onder de Wet bopz werd een verslaving lang niet altijd als geestesstoornis gezien. Nu erkent de wetgever dat verslaving ook een psychische stoornis is en ook dat rechtvaardigt daarmee eerder de toepassing van dwang.’

Hoe uitvoerbaar zijn beide wetten?

Plomp ziet in de eerste plaats ‘grensproblemen’. ‘Patiënten met gecombineerde stoornissen – een verstandelijke beperking én een psychiatrische aandoening of dementie én een psychiatrische aandoening – moeten worden beoordeeld door een ter zake kundige arts. Die besluit welke stoornis primair is. Dat bepaalt immers onder welk wettelijk regime ze vallen. Lastig, want het komt voor dat je dit pas na een paar weken kunt vaststellen. De uitkomst van die beoordeling kan bovendien variëren in de tijd. Veel ggz-instellingen stellen nu dat ze uitsluitend de Wvvgz zullen uitvoeren, maar intussen hebben ze soms patiënten in huis die primair dementie of een verstandelijke beperking hebben. Het is onwenselijk dat

je die mensen overplaatst. Tegelijkertijd is het ingewikkeld om op een en dezelfde afdeling mensen op te nemen die onder twee wettelijke regimes vallen.’

Verder merkt ze op dat beide wetten veel administratie met zich meebrengen. Ofschoon ze ook vindt dat collega’s dat niet in alle gevallen moeten wegwuiven als overbodige bureaucratie, want een aantal van die administratieve verplichtingen, zoals overleg met familie, inspraak van de patiënt, dragen bij aan een verbeterde rechtspositie van patiënten. Pikant detail: veel van de verplichte formulieren zouden per 1 januari in allerlei software, in epd’s bijvoorbeeld, verwerkt moeten zijn, maar Plomp betwijfelt of die deadline wordt gehaald. ‘In het algemeen kun je zeggen dat beide wetten meer werk opleveren, en dat ze pas goed functioneren als er meer psychiaters, artsen verstandelijk gehandicapten en specialisten ouderengeneeskunde zijn. De huidige tekorten zijn daarom echt problematisch.’ ■

web

Meer gedetailleerde informatie over de nieuwe wetten en eerdere artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.