

31996

32398

32399

16-05-2017

09:00 - 12:30 uur

POSITION PAPERS

DESKUNDIGENBIJEENKOMST

Gedwongen zorg

Inhoudsopgave position papers

(onderstaande links geven toegang tot de papers)

- **Nationale politie**
- **Raad voor de rechtspraak**
- **Bauke Koekkoek**
- **NVvP**
- **ActiZ**
- **(bijlage bij paper ActiZ)**
- **VGN**
- **GGZ Nederland**
- **NVAVG**
- **Verenso**
- **MIND**
- **Tekeer tegen de Isoleer ! - MindRights**
- **(bijlage 1 bij paper Tekeer tegen de Isoleer ! - MindRights)**
- **(bijlage 2 bij paper Tekeer tegen de Isoleer ! - MindRights)**
- **(bijlage 3 bij paper Tekeer tegen de Isoleer ! - MindRights)**
- **Ieder(in) / LSR**

Deskundigenbijeenkomst Gedwongen Zorg, 16-5-'17 reactie Politie

Dinsdag 16 mei 2017, 9.00 - 12.30 uur
Eerste Kamer, Commissiekamer 2, Binnenhof 22, Den Haag

Hoofdvraag: is de gewenste samenhang in voldoende mate tot stand gekomen en zijn de drie wetten consistent, juridisch eenduidig en uitvoerbaar

Op 16 mei is in de Eerste Kamer een deskundigenbijeenkomst gepland. Vanuit de Nationale Politie zal Pieter-Jaap Aalbersberg hieraan deelnemen. Centraal staan de wetsvoorstellen:

- ✓ **Wet verplichte GGZ (32.399)**
- ✓ **Wet zorg en dwang (31.996)**
- ✓ **Wet Forensische zorg (32.398)**

Op het vlak van de Wvvgz heeft de politie eerder een bijdrage geleverd aan een rondetafelgesprek in de Tweede Kamer (31 oktober 2016). Destijds is een position paper opgesteld.

De bijeenkomst op 16 mei in de EK omvat vier blokken:

- I: Onderzoek, rechtsbescherming en juridische aspecten
- II: Overheid en rechterlijke macht
- III: Zorgpartijen
- IV: Patiënten en familie

De volgende deelnemers zijn gevraagd in blok II een inleiding van 5 minuten te verzorgen:

1. Wilbert Dijkers (voormalig vice-president Rechtbank Noord-Nederland)
2. P.J. (Pieter-Jaap) Aalbersberg (Nationale Politie)
3. J.W.E. (Liesbeth) Spies (Genootschap van Burgemeesters)
4. Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
5. L. (Lotje) van den Puttelaar (Wybenga advocaten)

1. 1. Visie van de politie

Zoals eerder onderstreept in het rondetafelgesprek (TK 31-10-'16) is de politie voorstander van een snelle invoering van de Wet verplichte ggz, echter met het doel dat deze vervolgens zo min mogelijk wordt toegepast.

Cruciaal is dat een onomkeerbare beweging wordt gemaakt, gekenmerkt door een domeinoverstijgende, persoonsgerichte aanpak onder heldere regie van gemeenten, waarbij de leefwereld van de persoon met verward gedrag centraal staat – met oog voor het belang van de samenleving – en sterk wordt ingezet op preventie en vroegsignalering. Als dit niet gebeurt, blijft de druk op de crisisketen en opsporing (te) hoog. Het landelijk aanjaagteam verwarde personen – inmiddels opgevolgd door het Schakelteam – heeft een goed fundament aangereikt voor een sluitende aanpak.

De aanpak moet dus niet alleen gericht zijn op personen die gevaarlijk gedrag vertonen en bovendien is repressie niet altijd het (enige) antwoord. Belangrijk is ook de groep kwetsbare personen die (nog) geen overlast of strafbare feiten pleegt. Om persoonlijk leed te verminderen en maatschappelijk schade te voorkomen, moet ingezet worden op een stabiele levensstructuur voor kwetsbare personen en het vroegtijdig signaleren van zorgwekkende signalen. Dit vraagt o.a. om een fijnmazig netwerk van 24/7 beschikbare en bereikbare (zorg) professionals op het niveau van wijken en buurten en herkenbare meldpunten (24/7) met voldoende mogelijkheden voor doorgeleiding naar passende zorg en ondersteuning.

Het maken van deze onomkeerbare beweging, in gezamenlijkheid met betrokken partners, komt nog onvoldoende uit de verf in de huidige voorbereiding op de nieuwe wetgeving. Het accent lijkt teveel te liggen op keteninformatievoorziening en de inrichting van regionaal overleg. De beoogde informatiedeling is te eenzijdig. Bovendien het lijkt te ontbreken aan een gezamenlijke doelstelling en solide veranderaanpak.

2. Consistentie qua visie?

Samengevat:

- ✓ De voorkeur voor ambulante behandeling is voorstelbaar, maar: lijkt in de diverse wetsvoorstellen niet in gelijke mate te worden gestimuleerd, vraagt adequaat toezicht, brengt risico's met zich mee als het gaat om de veilige publieke taak van hulpverleners en legt zwaar(der) beslag op de directe omgeving (familie en burens)
- ✓ Bij de geleidelijke toepassing van dwang in het kader van gedwongen zorg komt de politie pas als **ultimum remedium in beeld**.

Ambulante zorg wordt niet in gelijke mate gestimuleerd en het toezicht hierop is nog onvoldoende gewaarborgd

De Wet verplichte ggz beoogt een behandelwet te zijn in plaats van een wet gericht op opname. Als gedwongen zorg nodig is, wordt bij voorkeur gekozen voor ambulante behandeling in plaats van opname in een instelling. De patiënt kan dan in zijn eigen (woon)omgeving blijven. De politie erkent hiervan de voordelen voor de patiënt. Overigens lijkt de Wet Zorg en Dwang niet in te zetten op meer ambulante behandeling. Dit lijkt niet consequent.

Risico's ambulante behandeling

Daarnaast ziet de politie ook risico's als het gaat om ambulante zorg. Belangrijk is dat hiervoor goede richtlijnen komen en gezorgd wordt voor voldoende toezicht (bijvoorbeeld als het gaat om 'ambulante dwang'). Bekend is dat het in de huidige praktijk regelmatig voorkomt dat hulpverleners die werkzaam zijn in de intramurale psychiatrie, slachtoffer worden van agressie of geweld door patiënten en hiervan aangifte doen bij de politie (Harte, Van Leeuwen & Theuws, 2013). Als de agressie zich voordoet, wordt veelal versterking gezocht binnen de instelling (medewerkers of beveiligers), maar het komt in ernstige gevallen ook voor dat de politie om assistentie wordt gevraagd. Het is voorstelbaar dat deze incidenten zich ook in de ambulante setting zullen voordoen. De vraag is of hulpverleners zich voldoende kunnen verweren, zeker als zij alleen opereren. Niet uit te sluiten is dat in dit kader vaker een beroep op de politie gedaan zal worden.

Daarnaast legt ambulante behandeling een extra belasting op familie en andere naastbetrokkenen. Belangrijk is dat zij goed worden gefaciliteerd en dat sprake is van 24/7 meldpunten en 24/7 bereikbare en beschikbare zorgprofessionals in de wijken en buurten, die – gevoed door signalen van andere professionals en naastbetrokkenen – in staat zijn om proactief te signaleren waar het fout dreigt te gaan en adequaat door te pakken. In de huidige praktijk ontbreekt het hier nog aan.

Het toepassen van dwang in het kader van gedwongen (ambulante) zorg is een proces waarbij iedere keer geprobeerd wordt om met zo min mogelijk dwang tot een veilige situatie en juiste behandeling te komen. Bij deze geleidelijke toepassing van dwang komt de politie pas als **ultimum remedium** in beeld, wanneer dat echt niet anders kan.

3. Juridisch eenduidig?

Samengevat:

- ✓ De Wvvgz voorziet in de behoefte aan een correcte justitiële titel om iemand aan te houden, zodat hij beoordeeld kan worden (artikel 7 lid 3). Dit kan door diverse partners gebeuren. Duidelijk moet ook hier zijn dat de politie als ultimum remedium in beeld komt. De zorg is eerstverantwoordelijk als geen sprake is van strafbare feiten.
- ✓ In Wet Zorg en Dwang lijkt een grotere verantwoordelijkheid bij de politie te worden neergelegd bij de uitvoering van de beschikking, dan beoogd in het kader van de Wvvgz. Uitgangspunt voor de politie is dat zij bij interventies inzake personen met verward gedrag in beginsel een ondersteunde rol heeft. Alleen wanneer de veiligheid van de professionals in gevaar komt of sprake is van samenloop met strafbare feiten, komt de politie een grotere rol toe bij het uitvoeren van de beschikking.

Indien geen sprake is van strafbare feiten, is de zorg eerstverantwoordelijk.

De politie is van mening dat de zorg primair aan zet is als het gaat om patiënten die geen strafbaar feit hebben gepleegd. Dit uitgangspunt komt tot uiting in de Wet verplichte ggz. Bijvoorbeeld wordt in artikel 7:3 lid 6 bevestigd dat personen alleen worden ondergebracht in een cel indien sprake is van een strafbaar feit.

De politie is niet bevoegd tot het verrichten van medische handelingen, stelt geen diagnoses en is ook niet als eerstverantwoordelijke aan zet als het gaat om patiënten die geen strafbare feiten hebben gepleegd. Dit wordt ondersteund door de Wvvgz, echter in het Wetsvoorstel Zorg en Dwang (resp. art. 33 lid 1) is opgenomen dat de burgemeester de politie de opdracht kan geven om de beschikking uit te voeren en dat de politie zich dan moet laten bijstaan door één of meer personen met kennis van de zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Deze foute formulering (omgekeerde wereld) is overgenomen in de Wvvgz (art 8.1, lid 5).

https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/32399_wet_verplichte_geestelijke?zoekrol=vgh5mt4dsdk1

In het Wetsvoorstel Zorg en Dwang lijkt dus een grotere verantwoordelijkheid bij de politie te worden neergelegd dan beoogd in het kader van de Wvvgz. Uitgangspunt voor de politie is dat zij bij interventies inzake personen met verward gedrag in beginsel een ondersteunde rol heeft. Alleen wanneer de veiligheid van de professionals in gevaar komt of sprake is van samenloop met strafbare feiten, komt de politie een grotere rol toe bij het uitvoeren van de beschikking.

Ultimum remedium

De Wvvgz voorziet in de behoefte aan een correcte justitiële titel om iemand aan te houden, zodat hij beoordeeld kan worden (artikel 7 lid 3). Daarbij komt terecht naar voren dat dit niet per definitie door de politie hoeft te gebeuren. Andere partijen, zoals ambulancedienst en GGZ-aanbieders, krijgen deze bevoegdheid ook en de politie wordt als laatste genoemd. Duidelijk moet ook hier zijn dat de politie als ultimum remedium in beeld komt. Het gaat hier immers om patiënten die goede zorg en een humane behandeling nodig hebben.

Optreden door de politie kan averechts werken (stigmatiserend of traumatiserend). Indien geen sprake is van strafbare feiten, is de zorg eerstverantwoordelijk.

4. Praktisch uitvoerbaar?

Samengevat:

- ✓ Het onderscheid tussen de wetsvoorstellen qua doelgroepen is onnodig complex, en sluit niet goed aan bij de praktijk, die vraagt om een domeinoverstijgende aanpak rond kwetsbare mensen die meerdere problemen hebben (multi problematiek).
- ✓ Als het gaat om informatie-uitwisseling is de beoogde wetgeving te eenzijdig. De politie blijft informatie aanleveren, maar heeft zelf ook informatie nodig (over dwangmaatregelen die zijn opgelegd omdat de persoon een gevaar/ernstig nadeel vormt). Dit is noodzakelijk om adequaat op te treden en de persoon juist te bejegenen, gevaar weg te nemen en de persoon tijdig over te dragen aan het juiste zorgkader.
- ✓ In geval van vermissingen heeft de verantwoordelijk behandelaar een inspanningsverplichting om de patiënt zelf terug te halen, en kan daarbij als het echt noodzakelijk is, een beroep doen op de politie.
- ✓ Personen mogen niet uit het oog worden verloren. Randvoorwaardelijk is continuïteit van zorg; na een dwongen traject dient te worden voorzien in een goede opvolging door 24/7 zorgprofessionals in de wijk (stabiele levensstructuur). Als zich (opnieuw) problemen voordoen, zijn 24/7 meldpunten, met voldoende mogelijkheden voor doorgeleiding naar passende zorg en ondersteuning, cruciaal.

Drie wetten; verschillende doelgroepen (complex)

De politie wordt in de praktijk vaak geconfronteerd met kwetsbare mensen waarbij sprake is van multi problematiek. Eenduidige of enkelvoudige problematiek leidt immers minder vaak tot (crisis)situaties waarbij inzet van de politie wordt gevraagd. In geval van multi problematiek zijn de onderliggende oorzaken veelal niet eenduidig. Er kan sprake zijn van lichamelijke, verstandelijke of psychische beperkingen, al dan niet gepaard met problemen op het vlak van wonen, werken, dagbesteding, zingeving, etc.

Overigens hanteert het landelijk Aanjaag/Schakelteam ook een brede definitie; het gaat om mensen die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen.

Het is dan ook lastig dat in de voorliggende drie wetsvoorstellen onderscheid wordt gemaakt qua doelgroepen. In de Wet verplichte ggz gaat het veelal om psychiatrische problematiek, terwijl de Wet Zorg en Dwang zich richt op psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Bij de Wet forensische zorg gaat het om mensen die zowel een strafrechtelijke afhandeling als passende zorg nodig hebben.

Afgezien van het feit dat de politie geen medische diagnoses stelt, is het onderscheid in doelgroepen in de praktijk vaak niet goed te maken. De politie heeft bij uitstek te maken met kwetsbare mensen die meerdere problemen hebben, zoals een psychiatrische aandoening in combinatie met een verstandelijke beperking en/of verslaving (al dan niet gepaard

met overlastgevend of crimineel gedrag). Dergelijke multi problematiek vergt een domeinoverstijgende aanpak, waarbij partners uit de zorg, ondersteuning (sociaal domein) en veiligheid gezamenlijk optrekken. Voor het uitvoerend politiepersoneel is het onderscheid in doelgroepen en diversiteit qua wetgeving (onnodig) complex en dit onderscheid lijkt ook niet bij te dragen aan de integrale aanpak. In geval van meerdere problemen is al gauw de vraag onder welk wettelijk regime de persoon valt.

Echter, pogingen om meer eenduidigheid te bewerkstelligen, mogen niet leiden tot verdere vertraging in het wetgevingsproces. Hetgeen thans voorligt, is wel een verbetering ten opzichte van de huidige Wet Bopz.

Informatie-uitwisseling; te eenzijdig

Cruciaal is een wederzijdse, domein overstijgende informatiedeling tussen partners uit de domeinen zorg, ondersteuning en veiligheid, met het oog op goede zorg voor de patiënt en risicotaxatie. In de Wvvgz ligt de nadruk teveel op informatielevering vanuit de politie aan het OM (of de geneesheer directeur), bij de start of einde van gedwongen maatregelen. In de wetgeving is niet voorzien dat de politie geïnformeerd wordt over opgelegde dwangmaatregelen. Om adequaat op te treden, gevaar weg te nemen en personen tijdig over te kunnen dragen aan het juiste zorgkader, is dat wel nodig. Straf en Zorg zouden elkaar moeten versterken, en dat gebeurt op deze wijze niet.

Wanneer de politie iemand aanhoudt die een zorgmachtiging heeft, is voor deze persoon belangrijk dat deze op passende wijze wordt bejegend en zo snel mogelijk wordt toe geleid naar de juiste zorg (en dus niet onnodig door de politie wordt meegenomen of ingesloten). Het is in die gevallen wenselijk dat de verantwoordelijk behandelaar en/of wettelijk vertegenwoordiger snel geïnformeerd wordt. Echter, door gebrek aan tijdige informatie over eventuele zorgmachtigingen, is de politie hier niet toe in staat. Terwijl dat juist van belang is voor de persoon zelf en de samenleving. Passende en tijdige zorg kan immers voorkomen dat de problematiek verergert of dat de persoon afglijdt naar ernstig(er) vormen van criminaliteit of overlastgevend gedrag.

De informatie over de zorgmachtiging kan wel in een later stadium (na aanhouding en voorlopige hechtenis) naar voren komen via het OM, maar dat is vanuit het oogpunt van een humane behandeling en passende zorg vaak te laat.

Wanneer de rechter heeft bepaald dat iemand kennelijk een ernstig nadeel (gevaar) voor zichzelf of de omgeving vormt, dan moet de politie ook in de gelegenheid gesteld worden om dat risico op ernstig nadeel of gevaar weg te nemen. Dat kan alleen als de politie hierover is geïnformeerd.

Ook is in dit wetsvoorstel niet voorzien in informatieoverdracht vanuit het OM aan de politie (afdeling Korpscheftaken), om te controleren of een patiënt die gedwongen wordt behandeld, een wapenvergunning heeft. Hierdoor kunnen gevaarlijke situaties ontstaan. Een deel van de oplossing is gelegen in het voorstel van wet tot wijziging van de Wet wapens en munitie, de Flora- en faunawet en de Wet natuurbescherming, dat op 18 april 2017 aangenomen door de Tweede Kamer en momenteel in behandeling bij de Eerste Kamer. Artikel 7a lid 2 van deze wet regelt de informatieverstrekking van verlofhouders door het OM aan de politie.

Overigens is de praktische uitvoering daarvan nog lastig. De politie mag wel kenbaar maken dat iemand een wapenvergunning heeft, maar andersom mogen de zorgpartijen en het OM de politie niet informeren over het feit dat iemand een zorgmachtiging heeft (omdat dit als medische informatie wordt beschouwd). Echter, de politie heeft geen behoefte aan duiding van diagnoses, maar wil wel geïnformeerd worden als iemand een gevaar vormt (om deze persoon en de samenleving te beschermen).

Informatiedeling kost extra capaciteit politie

Overigens loopt op het punt van informatieverstrekking vanuit de politie aan het OM al een traject (BOPZ/Hoekstra). Helder is reeds dat de politie vaker wordt geraadpleegd, wat de politie extra capaciteit kost (gemiddeld 0,5 fte per eenheid). De nieuwe wetgeving zal er ook toe leiden dat er meer informatieverzoeken van het OM, de geneesheer directeur of de behandelend arts bij het DRIO of op andere afdelingen van de politie binnenkomen (i.v.m. de beslissing over het al dan niet opleggen van gedwongen zorgmaatregelen of beëindiging van zorgmachtigingen). Hier staan voor de politie geen extra mensen of middelen tegenover. Ook kan het vaker voorkomen dat politiemensen door de rechter worden opgeroepen als getuige om de eventuele gevaar zetting of risico's nader toe te lichten.

Vermissing

In het wetsvoorstel Wvvgz is terecht onderscheid gemaakt in het doen van 'aangifte' (melding) van vermissing en het vragen om politieondersteuning door ggz-instellingen. Onderstreept moet worden dat melding van vermissing bij de politie uitsluitend dient te gebeuren wanneer het onbekend is waar de patiënt verblijft en er tevens ongerustheid bestaat over de situatie waarin de patiënt verkeert. Het gaat hier immers om patiënten die goede zorg en humane behandeling nodig hebben. De verantwoordelijk behandelaar heeft een inspanningsverplichting om de patiënt zelf terug te halen, en kan daarbij als het echt noodzakelijk is, een beroep doen op de politie.

Impact politie

Op dit moment loopt een impactanalyse, die de gevolgen van de nieuwe wetgeving voor de politie in beeld zal brengen.

De gevolgen voor de politie lijken beperkt, aangezien de politie niet de eerstverantwoordelijk uitvoerder is van de nieuwe wetgeving. Daarvoor zijn er andere instellingen.

Wat niet wegneemt dat de wetgeving elementen bevat die extra druk kunnen genereren op de politiepraktijk. Zie bijvoorbeeld de hiervoor genoemde risico's over de mogelijke effecten van gedwongen zorg in ambulante setting en het beroep dat op de politie wordt gedaan in het kader van informatieverstrekking en overleg (met OM en andere partners). Ook zal het politiepersoneel bijgeschoold moeten worden.

De nieuwe wetgeving onderstreept wel de ingezette lijn dat de politie de opvang in cellen en het vervoer van personen met verward gedrag beëindigt uit oogpunt van humaniteit (als geen sprake is van strafbare feiten). Hiertoe bestaat breed draagvlak en zijn reeds de nodige stappen gezet.

Continuïteit van zorg

Na een (gedwongen) behandeling of opname dienen personen niet uit het oog verloren te worden. Voor een goede integratie in de samenleving is belangrijk dat gezorgd wordt voor een stabiele levensstructuur. Daarvoor zijn de gemeenten aan zet. En als zich opnieuw problemen voordoen, dienen deze vroegtijdig te worden gesignaleerd (via een 24/7 fijnmazig netwerk van zorgprofessionals, op het niveau van wijken en buurten). Belangrijk is dat er 24/7 meldpunten zijn met voldoende mogelijkheden voor doorgeleiding naar passende zorg en ondersteuning. Dit alles is randvoorwaardelijk om ook op de langere termijn effect te bereiken. Belangrijk is immers een beweging naar de voorkant van de problematiek.



de Rechtspraak

Raad voor de
rechtspraak

Tweede Kamer der Staten-Generaal
Leden van de Vaste commissie voor Volksgezondheid,
welzijn en sport

bezoekadres
Kneuterdijk 1
2514 EM Den Haag

correspondentieadres
Postbus 90613
2509 LP Den Haag

t (070) 361 97 23
f (070) 361 97 15
www.rechtspraak.nl

datum 27 oktober 2016
contactpersoon S. Koolen
email s.koolen@rechtspraak.nl
kenmerk UIT 9929 COM/SK/et
onderwerp *Position paper* voor rondetafelgesprek Wet verplichte geestelijke
gezondheidszorg op maandag 31 oktober a.s.

De Raad voor de rechtspraak (de “Raad”) dankt de commissie voor de uitnodiging voor dit rondetafelgesprek.

Eerdere adviezen van de Raad

Over de onderliggende wetsvoorstellen¹ heeft de Raad in totaal acht adviezen uitgebracht.² Daarin is steeds aangegeven dat de doelstellingen van deze voorstellen, onder andere de beoogde verbetering in de aansluiting tussen strafvordering en de gedwongen zorg, worden onderschreven. Ook is aangegeven dat de voorgestelde mogelijkheid voor de strafrechter om in een strafprocedure een machtiging gedwongen zorg af te geven, als een nuttige en wenselijke aanvulling wordt beschouwd. Ten aanzien van de concrete uitwerking van deze doelstellingen heeft de Raad echter tevens een aantal bezwaren naar voren gebracht.

Wat is met de eerdere adviezen gedaan?

De Raad constateert met genoegen dat de eerdere bezwaren op veel punten tot gewenste aanpassingen hebben geleid. Dit geldt helaas niet voor de nieuwe procedure van het afgeven van een zorgmachtiging door de strafrechter (art 2.3 Wfz), aangezien hierop nog steeds civielrechtelijke procedureregels van toepassing zijn.

Wat is het gevolg van het voorstel voor een civiele zorgmachtiging in het strafproces?

Door het voorstel ontstaan in sommige gevallen twee parallelle procedures, een strafrechtelijke en een civielrechtelijke, die verschillende procedurele regels en rechtsmiddelen kennen. Dit leidt tot complicaties en nodeloze vertraging, met name in het geval de strafrechter deze nieuwe procedure gelijktijdig met een strafrechtelijke procedure moet behandelen. Dit laat zich het best uitleggen aan de hand van een voorbeeld:

Voorbeeld: onvoorziene overgang naar Wvggz bij tbs-verlenging in eerste aanleg

Iemand zit in een tbs-kliniek, en het OM wil de tbs verlengen. Op de verlengingszitting blijkt overgang naar Wvggz een reëel alternatief. De officier heeft dit niet voorzien. Volgens het voorstel moet dan alsnog de (vrijwel gehele) procedure van de Wvggz worden gevolgd en de verlengingsprocedure worden aangehouden. [Commentaar: Het vrijwel geheel moeten volgen van de Wvggz-procedure is omslachtig en vreemd, aangezien betrokkene zich reeds in een tbs-kader bevindt en er over hem dus al ruimschoots relevante (medische) informatie bekend is. Daarnaast komt het voor dat er alleen een juridisch etiket wordt gewisseld en de tbs-er met een zorgmachtiging feitelijk in dezelfde instelling zal blijven.]

¹ Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (32399) en Wet forensische zorg (32398)

² Alle gepubliceerd op www.rechtspraak.nl.



de Rechtspraak

Raad voor de
rechtspraak

datum 27 oktober 2016
pagina 2 van 2

De rechtbank moet vervolgens in gescheiden uitspraken beslissen op de verlenging van de tbs en de verlening van een zorgmachtiging. Tegen de eerste beslissing staat hoger beroep open, maar tegen de tweede niet, maar wel cassatie. [Commentaar: Hier lopen de procedures formeel uit elkaar en dat heeft praktische gevolgen. Als de tbs wordt beëindigd omdat tegelijk door middel van een zorgmachtiging een overgang naar de ggz wordt bewerkstelligd, maar de OvJ is het daar niet mee eens, kan hij in hoger beroep en komt de zorgmachtiging in de lucht te hangen. De zorgmachtiging heeft een beperkte geldigheidsduur, en de kans is groot dat in hoger beroep de Wvggz-procedure opnieuw moet worden doorlopen, wederom met een of meer aanhoudingen van de tbs-verlengingsprocedure. Daarbij rijst de vraag bij welke gerecht die Wvggz-procedure dan loopt: bij de rechtbank of bij het hof. Ook als de rechtbank de tbs verlengt en de zorgmachtiging niet verleent, lopen de procedures uit elkaar, want de tbs-er kan in hoger beroep gaan van de verlenging van de tbs maar niet van de afwijzing van de zorgmachtiging (hoewel die samenhangen). De procedure voor een zorgmachtiging zal dus bij de behandeling van het hoger beroep tegen de verlenging van de tbs eventueel weer geheel opnieuw gestart en doorlopen moeten worden.]

Wat betekent dit concreet?

De hiervoor beschreven en andere (hier buiten beschouwing blijvende) complicaties leiden niet alleen tot vertraging maar kunnen ook een belemmering vormen voor een naadloze overgang van tbs naar gedwongen zorg. Dit vergroot de kans dat iemand onbedoeld niet de zorg krijgt die noodzakelijk wordt geacht, tussen de wal en het schip belandt en in het uiterste geval op straat komt te staan. Daarbij geldt dat deze complicaties zich niet alleen bij de tbs maar ook in het commune strafrecht zullen voordoen. Ook daar kan het immers gebeuren dat de optie van het verlenen van een zorgmachtiging pas ter zitting aan de orde komt. Het spreekt voor zich dat dergelijke complicaties voor de justitiabelen, slachtoffers, professionals en de samenleving als bijzonder ongewenst moeten worden beschouwd.

Wat moet er gebeuren?

Naar mening van de Raad kunnen de beschreven complicaties het best worden weggenomen door, indien een zorgmachtiging aan de orde komt in een strafrechtelijke procedure, de aanvraag en verlening daarvan volledig in die strafrechtelijke procedure te integreren, conform het aanvankelijke uitgangspunt van de Wfz. Dit leidt tot een eenvoudiger en snellere procedure bij de afgifte en tenuitvoerlegging van een zorgmachtiging door de strafrechter. Daarbij zijn alle partijen gebaat: *justitiabelen* die zorg nodig hebben, *professionals* die ervoor moeten zorgen dat die zorg kan worden verleend en professionals die die zorg moeten verlenen, maar ook *slachtoffers* die belang hebben bij een effectieve aanpak van problematiek in de persoon van de dader.

Vertegenwoordiging in het rondetafelgesprek

Gelet op de specifieke aard van de materie heeft de Raad mr. E.A.K.G. Ruys, voorzitter van de penitentiaire kamer, gevraagd om het voorgaande tijdens het rondetafelgesprek toe te lichten.

De Raad is daarnaast graag bereid om u van aanvullend advies te voorzien.

Hoogachtend,

Mr. F.C. Bakker
Voorzitter

Standpunten WvGGZ t.b.v. deskundigenbijeenkomst gedwongen zorg, Eerste Kamer 160517
Dr. Bauke Koekkoek, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige crisisdienst & onderzoeker

Enkele constatering uit 20 jaar werken in de acute psychiatrie, binnen en buiten klinieken:

- het toepassen van dwang op mensen met een psychische stoornis door hulpverleners hoort een *ultimum remedium* te zijn...
- ... maar in de praktijk is het soms verleidelijk een sluiproute te nemen, omdat 'alles proberen' tijdrovend en energieverslindend is, en soms zinloos lijkt
- het is daarom noodzakelijk om de inzet van dwang minimaal net zo tijdrovend en energieverslindend te maken als 'alles proberen' (gedragseconomisch principe)...
- ... en ervoor te zorgen dat ook 'niets doen' voldoende onaantrekkelijk is, door derden (familie, naasten, burens, politie en anderen) voldoende mogelijkheid te geven zich bij de hulpverlener (luid) kenbaar te maken

- vooral binnen de kliniek kan dwang escaleren van 'gedwongen opname' tot langdurige separatie en fixatie – waarbij de dwangtoepassing zelf op zeker moment het centrale probleem wordt

Vertaald naar de uitvoering van de wet betekent dit:

- dat het **buiten de kliniek** mogelijk maar onaantrekkelijk moet zijn voor hulpverleners om iemand gedwongen op te nemen in een kliniek
- dat het **binnen de kliniek** mogelijk maar zeer onaantrekkelijk moet zijn extra dwangmaatregelen toe te passen

Zorgelijk zijn daarom de volgende punten in de wet:

- **buiten de kliniek** geeft het opnemen van met name het criterium 'ernstige immateriële schade' in de definitie van 'ernstig nadeel' (1:1.2) veel ruimte voor makkelijke toepassing van gedwongen opname – 'immateriële schade' kan alles zijn en alles is als 'ernstig' te benoemen

- **binnen de kliniek** komt daar nog het criterium 'ernstige materiële schade' in de definitie van 'ernstig nadeel' (1:1.2) bij – materiele schade is in een kliniek snel veroorzaakt door iemand die in slechte psychische doen is en een 'risico' op zo iets is nog eenvoudiger te beargumenteren
- onder de noemer 'tijdelijke verplichte zorg' (artikel 8:11) kan tot maximaal drie dagen dwang worden toegepast zonder dat daarvoor een maatregel of machtiging is verleend – dit geeft ruimte om iemand tot 72 uur ernstig in vrijheid te beperken zonder juridische toetsing
- deze tijdelijke verplichte zorg moet gemeld worden aan de geneesheer directeur maar onduidelijk is wanneer en hoe deze in actie moet komen volgens de wet
- de (grote) rol van de geneesheer directeur is onvoldoende uitgewerkt en er bestaat een aanzienlijk risico op belangenverstremming – de geneesheer directeur is in dienst van de zorgaanbieder en daardoor mogelijk niet objectief in bepaalde situaties. Ook is hij/zij tegenwoordig onder collega-psychiaters meer *primus inter pares* dan 'directeur' – en daardoor mogelijk onvoldoende kritisch t.o.v. de psychiaters die hij/zij moet toetsen maar van wie hij/zij ook afhankelijk is in veel andere situaties

Samenvattend:

- bij de uitvoering en evaluatie van de wet moet worden toegezien op voldoende administratieve belasting om niet te makkelijk over te willen gaan tot toepassing van dwang
- bij de uitvoering en evaluatie van de wet moet worden toegezien op een nauwe definiëring van de begrippen 'immateriële schade' en 'materiele schade'
- bij de uitvoering en evaluatie van de wet moet worden toegezien op een voldoende onafhankelijke en actieve rol van de geneesheer directeur, met name bij de toepassing van extra dwangmaatregelen in de kliniek en bij 'tijdelijke verplichte zorg' zonder rechtsgrond

Position paper NVvP inzake Wet verplichte ggz, Wet zorg en dwang en Wet forensische zorg t.b.v. Deskundigenbijeenkomst gedwongen zorg 16 mei 2017

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is de wetenschappelijke beroepsvereniging voor en door psychiaters. Ruim 3500 psychiaters (in opleiding) zijn lid van de vereniging.

De psychiater in het algemeen en in het bijzonder de geneesheer-directeur, speelt in de nieuwe wetten, en met name in de Wet verplichte ggz (Wvvggz), een grote rol. De geneesheer-directeur is verantwoordelijk voor de zorginhoud en speelt een belangrijke rol in alle fasen van de verplichte zorg. De psychiater stelt de medische verklaring op, waarin hij zijn bevindingen over de psychische stoornis en het ernstig nadeel vermeldt. Ook zal de psychiater in veel gevallen de rol van de zorgverantwoordelijke vervullen.

De NVvP waardeert het dat de Eerste Kamer de drie wetten rondom verplichte zorg gezamenlijk behandelt. De NVvP heeft de drie wetsvoorstellen in samenhang bekeken en ziet fundamentele knelpunten bij een eventuele inwerkingtreding. Wij spitsen onze opmerkingen toe op de door de Eerste Kamer gewenste aspecten van de drie wetsvoorstellen en met name op de Wvvggz: de consistentie van de visie, de juridische eenduidigheid en de proportionaliteit, en de praktische uitvoerbaarheid.

1. De consistentie van de visie

De oorspronkelijke intentie van de Wvvggz was om een verschuiving aan te brengen van een primair opnamewet (de huidige Wet bopz) naar een behandelwet (Wvvggz). De NVvP heeft deze intentie steeds onderschreven. In het eerste wetsvoorstel Wvvggz in 2010 kwam de focus op behandeling in plaats van opname zeer duidelijk naar voren. In 2014 verscheen de Thematische Wetsevaluatie Gedwongen Zorg door ZonMw, waarin werd aanbevolen één wettelijke regeling voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en psychogeriatrische/verstandelijk gehandicapten sector te hanteren. De NVvP heeft deze aanbeveling onderschreven. Geschokt was de NVvP over de tweede en derde nota van wijziging in juli en september 2016. Hierin veranderde de toon en geest van de wet aanzienlijk en kreeg de wet het karakter van een beveiligingswet in plaats van een behandelwet, met als meest opvallende voorbeeld de observatiemaatregel. Wij zijn verheugd dat deze observatiemaatregel uit de Wvvggz is geschrapt. Hiermee zijn onze zorgen echter niet weggenomen, zeker niet nu de Wvvggz in samenhang met de Wet forensische zorg (Wfz) en Wet zorg en dwang (Wzd) wordt beschouwd. In de praktische uitwerking van de wet ligt de focus op beveiliging en niet op behandeling en zorg. De NVvP vindt dit in strijd met wezenlijke ontwikkelingen in de ggz, zoals de ambulantisering en het stimuleren van empowerment en eigen regie van de patiënt. De kern van de wetten moet zijn: goede verplichte zorg en goede behandeling met zo min mogelijk toepassing van dwang onder een deugdelijke rechtsbescherming.

2. De juridische eenduidigheid en de proportionaliteit

Wij zien in de verschillende wetten principiële juridische problemen. Zowel in de afzonderlijke wetten als in de onderlinge samenhang. Rechtsbescherming, rechtpositie, subsidiariteit en proportionaliteit zijn niet gelijk in de verschillende wetten.

Wvggz

- **Aanwijzing geneesheer-directeur en zorgverantwoordelijke juridisch onmogelijk**

Volgens de Wvggz wijst de officier van justitie een geneesheer-directeur aan bij de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging. De officier van justitie en de geneesheer-directeur zijn afzonderlijke, gelijkwaardige bestuursorganen waar de een de ander niets kan voorschrijven.

Volgens de Wvggz wijst de geneesheer-directeur zo nodig een zorgverantwoordelijke aan. Hier komt de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur in het geding. Hij staat immers niet in een hiërarchische relatie tot de zorgverantwoordelijke en is daarmee niet in de positie een zorgverantwoordelijke aan te wijzen.

- **Zorgverantwoordelijke en geneesheer-directeur moeten psychiater zijn**

De Wvggz is niet helder over welke professional de rol van de zorgverantwoordelijke en geneesheer-directeur vervult. Onder het regime van de Wvggz vallen patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen. Ernstige psychiatrische stoornissen hebben substantiële impact op de patiënt zelf, derden en de samenleving. Niet alleen het besluit tot verplichte zorg, maar ook de onderliggende complexe zorgbehoefte van de patiënt vereist dat een medical expert de regie voert over de -verplichte- (medicamenteuze) behandeling. De NVvP stelt met nadruk dat de psychiater, op basis van de kennis en vaardigheden die hij zich door opleiding en ervaring heeft verworven, de best toegeruste professional is voor de functies zorgverantwoordelijke en geneesheer-directeur.

- **Doelgerichte en proportionele informatie-uitwisseling**

Volgens diverse artikelen in de Wvggz krijgen de psychiater en geneesheer-directeur de verplichting tot informatieverstrekking en overleg. Dit brengt een enorme hoeveelheid aan gegevensuitwisseling met diverse actoren met zich mee, niet zijnde familie of naasten.

De informatieverplichting staat op een aantal punten op gespannen voet met de principes van privacy en het medisch beroepsgeheim en dient niet in alle situaties een direct doel en belang. In de Wvggz heeft de geneesheer-directeur de verplichting om de burgemeester te informeren over de afloop van elke crisismaatregel. Informatieverstrekking moet het belang van de patiënt en goed hulpverlenerschap dienen. De psychiater en de geneesheer-directeur moeten daarin weloverwogen keuzes kunnen maken. De NVvP stelt dat alle informatieverstrekking doelgericht en proportioneel moet zijn. Wij vinden dan ook dat de wet geen informatie- en overlegverplichtingen moet opleggen, maar een wettelijke mogelijkheid moet creëren voor informatie-uitwisseling, overleg en indien noodzakelijk het doorbreken van het beroepsgeheim.

Samenhang tussen de Wvggz en de Wfz

- **Zorg is geen straf**

De Wfz geeft volgens artikel 2.3, de strafrechter de mogelijkheid om een civielrechtelijke zorgmachtiging (Wvggz) of rechterlijke machtiging voor verplichte opname (Wzd) op te leggen. Dit geeft een vermenging van straf- en civielrecht.

Daarbij blijkt dat deze door de strafrechter opgelegde zorgmachtiging een andere zorgmachtiging is dan een zorgmachtiging afgegeven door een civiele rechter. Aan de voorkant krijgt de patiënt in veel gevallen niet de mogelijkheid om met een eigen plan van aanpak te komen (art. 5.19 lid 1 Wvggz), en de zorgmachtiging zal leiden tot opname in een accommodatie. Dit laatste is nadrukkelijk niet de bedoeling van de Wvggz, waarmee juist een behandelwet in plaats van opname wet is beoogd. Bovendien mag aan de achterkant alleen de minister van Veiligheid en Justitie toestemming geven voor verlof en ontslag (artikel 8.17 lid 3 Wvggz). Feitelijk wordt de civielrechtelijke zorgmachtiging hierdoor een strafmaatregel. Dit vinden wij fundamenteel onjuist. Wanneer de strafrechter bepaalt dat het voor betrokkene beter is om -verplicht- zorg te krijgen, dan zou vervolgens ook alle verantwoordelijkheid voor de verplichte zorg moeten worden overgedragen aan de geneesheer-directeur.

Artikel 6.7 van de Wfz creëert ook een ingang naar de Wvvggz. Dit artikel stelt dat de minister van Veiligheid & Justitie kan bepalen dat een forensische patiënt wordt overgebracht naar een private instelling. Hierbij is vermeld dat daarvoor een zorgmachtiging op grond van de Wvvggz of een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd is vereist, als de patiënt geen toestemming geeft voor deze overplaatsing. Hoe deze zorgmachtiging precies tot stand moet komen wordt in de wettekst echter niet uitgewerkt. Dit kan leiden tot onduidelijkheden en onwenselijkheden.

De wetsvoorstellen creëren in hun onderlinge samenhang rechtsongelijkheid tussen de patiënten die via de strafrechter verplichte zorg ontvangen en patiënten waarbij de strafrechter geen bemoeienis heeft gehad. De NVvP pleit voor een helder onderscheid tussen de justitiële systemen en die van de GGZ, waarbij zorg en straf uiteraard wel naast elkaar of in tijd na elkaar kunnen bestaan. Wanneer het delict of het risico op recidive van dien aard is dat een justitieel kader prevaleert, is forensische zorg meer aangewezen dan psychiatrische zorg in het kader van verplichte ggz. Ook binnen de forensische zorg is goede psychiatrische zorg beschikbaar.

- **Weigerende observandus niet beoordelen op oude dossiergegevens**

Volgens de Wfz (artikel 7.1 F, wijziging artikel 37 Wetboek van Strafrecht), is het mogelijk medische informatie te vorderen uit het verleden, in het geval de verdachte geen medewerking verleent aan psychiatrisch onderzoek ten behoeve van de Pro Justitia rapportage. Wij zien het maatschappelijk probleem van de weigerende observandus. Echter, de gekozen oplossing schendt het medisch beroepsgeheim en de beschermingswaardigheid van medische gegevens in het kader van de behandeling. Dit belemmert ook de behandelrelatie. Het zal een grote groep patiënten afschrikken om volledige openheid van zaken te geven. Daarnaast zal de psychiater op grond van de WGBO iedere patiënt moeten informeren over de mogelijkheid dat dossiergegevens in ieder geval in theorie in een strafproces opgevraagd kunnen worden. Bovendien kan het leiden tot zorgmijding, met alle risico's van dien. De NVvP vindt het uitermate ongewenst als een verdachte die mogelijk lijdt aan ernstige psychiatrische problematiek, onbehandeld blijft. Alleen in zeer uitzonderlijke gevallen, waarbij de rechtsorde in extreme mate is geschokt en waarbij TBS in de lijn der verwachting ligt, kan de bedoelde regeling aan de orde zijn. Dit moet in de uitvoering van de wet worden geborgd.

Samenhang tussen de Wvvggz en de Wzd

- **Onduidelijkheid over toepassing van Wvvggz of Wzd**

Artikel 3.3 van de Wvvggz geeft aan dat de Wvvggz niet van toepassing is, indien het gedrag het gevolg is van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. In die gevallen geldt de Wzd. In de memorie van toelichting bij de Wvvggz staat echter dat ook psychogeriatrische aandoeningen en een verstandelijke handicap aangemerkt kunnen worden als psychische stoornis. Deze tegenstrijdigheid scheidt verwarring. Bovendien komen psychiatrische stoornissen vaak voor in combinatie met psychogeriatrische stoornissen en/of een verstandelijke handicap. Het is in deze gevallen niet eenduidig welke stoornis het gedrag tot gevolg heeft. Dit maakt het voor een bepaalde groep patiënten onduidelijk of de Wvvggz of de Wzd van toepassing is, waarbij dit ook in de tijd nog weer kan wisselen. Des te lastiger wordt dit wanneer we zien dat de Wvvggz en de Wzd in hun uitvoering en rechtsbescherming zeer verschillend zijn.

- **Rechtsbescherming van de patiënt in Wzd is onvoldoende**

Onder de Wzd vindt voorafgaande aan verplichte zorg (behalve bij opname) geen rechtelijke toets plaats. Het is volledig onduidelijk waarom deze toets ontbreekt. Juist omdat er minder ervaring is bij ambulante dwang moet in het bijzonder in de ambulante situatie de rechtspositie van de patiënt worden beschermd. Het is, zoals hierboven toegelicht, niet altijd duidelijk wat de voorliggende problematiek van patiënten is en of de Wvvggz of de Wzd van toepassing is. Gelet op de verschillen in de twee wetsvoorstellen inzake de rechtsbescherming van patiënten heeft dit grote gevolgen. De NVvP stelt daarom dat onder beide wetten in ieder geval een onafhankelijke rechtelijke toetsing moet plaatsvinden.

- Een bijzonder voorbeeld van een verminderde rechtsbescherming in de Wzd is de voorwaardelijke machtiging jongvolwassenen, welke uitsluitend kan volgen op gedwongen jeugdhulp via de jeugdwet. Door middel van deze machtiging kunnen aan een jongere met een verstandelijke handicap voorwaarden worden opgelegd om ernstig gevaar af te wenden. Echter, dergelijke voorwaarden kunnen net zo zinnig zijn voor jongeren zónder verstandelijke handicap waarbij jeugdzorg stopt, maar daarin voorziet de wet geen mogelijkheden. Dit betekent dat er in de wet onderscheid wordt gemaakt op basis van het hebben van een verstandelijke beperking en niet op basis van dreigend ernstig nadeel, proportionaliteit en doelmatigheid.

- **Eenduidige terminologie hanteren**

De Wzd, Wfz en Wvggz hanteren verschillende terminologie. Zo wordt in de Wzd de term 'cliënt' gehanteerd, spreekt de Wfz van 'forensische patiënt' en de Wvggz van 'betrokkene'. Ook hanteert de Wzd nog de termen van de huidige Wet bopz: 'rechterlijke machtiging' en 'inbewaringstelling'. Wij hebben begrip voor het hanteren van verschillende begrippen voor maatregelen uit verschillende wetten, maar wijzen erop dat het verwarrend is om de termen uit een 'oude' wet te blijven gebruiken.

Harmonisatie heeft inmiddels wel plaatsgevonden inzake het criterium 'ernstig nadeel', maar dan andersom. In de Wvggz is het oorspronkelijke bopz-begrip 'gevaar' gewijzigd in 'schade' en nu vanwege de harmonisatie weer gewijzigd in 'nadeel'. De NVvP ziet deze begrippen echter niet als uitwisselbare termen; er is doorgaans eerder sprake van nadeel dan van schade, waarbij gevaar nog weer een sterkere invulling geeft. Dit kan leiden tot een verlaging van de drempel tot verplichte ggz en dus meer toepassing van dwangmaatregelen, terwijl de wet juist beoogt dat dwang ultimum remedium is. 'Nadeel', ook als het ernstig is, is daarnaast een vager begrip dan 'schade'. Om die redenen kan de NVvP deze harmonisatie van begrippen niet onderschrijven.

3. De praktische uitvoerbaarheid

Alle bovenstaande punten beschouwend, concludeert de NVvP dat uitvoering van de wetten, op een manier die recht doet aan patiënten, niet goed mogelijk is. Naast de eerder genoemde punten zijn er tevens vele praktische en logistieke bezwaren.

- **Geldigheidsduur crisismaatregel en tijdelijk verplichte (nood)zorg verlengen**

In de Wvggz heeft de crisismaatregel een geldigheidsduur van drie werkdagen. Binnen deze termijn moet een weloverwogen beslissing worden genomen over een eventuele aanvraag tot verlenging van de crisismaatregel of een aanvraag voor een zorgmachtiging. Vervolgens moet de bijbehorende procedure zorgvuldig, met inachtneming van alle inhoudelijke kwaliteitseisen worden afgerond. De termijn van drie werkdagen is hiervoor te kort. Wij pleiten voor een termijn van vijf dagen.

Volgens de Wvggz kan, als er sprake is van verzet en een noodsituatie, voor een periode van drie dagen tijdelijke verplichte zorg worden verleend. Als deze tijdelijke verplichte zorg moet worden voortgezet, moet de geneesheer-directeur een gemotiveerde aanvraag tot wijziging van de zorgmachtiging bij de officier van justitie indienen. De periode van drie dagen is te kort om een goed oordeel te kunnen vellen over de noodzaak tot voortzetting én de procedure voor voortzetting te doorlopen. In de praktijk zal dit ertoe leiden dat men in veel gevallen vrijwel direct de procedure voor voortzetting in zal zetten. Dit zal uiteindelijk tot een uitbreiding van dwangmaatregelen leiden, terwijl het algemeen doel juist is om dwang zo veel mogelijk terug te dringen.

Ook andere termijnen in de Wvggz zijn ons inziens te kort. Bijvoorbeeld de termijn van vier weken waarbinnen de zorgkaart, het zorgplan, de medische verklaring en het oordeel van de geneesheer-directeur tot stand gekomen moeten zijn. Voor alle termijnen geldt dat er ten opzichte van de huidige situatie veel meer voorafgaand werk moet worden verricht.

- **Effecten van instroom vanuit de Wfz zorgelijk**

De instroom in de klinieken van patiënten met een zorgmachtiging vanuit de Wfz is zorgelijk in die zin dat verwacht kan worden dat de zorg voor deze patiënten van een 'ander kaliber' is dan de huidige patiëntenpopulatie. We zijn bezorgd over het effect hiervan op het afdelingsklimaat en de ervaren veiligheid voor de in de regel kwetsbare patiënten in een kliniek, maar ook voor de veiligheid van de professionals, waaronder ook psychiaters.

- **Meer tijd nemen voor implementatie**

De nieuwe wetten vragen omvangrijke aanpassingen in het werkveld. Het herinrichten van werkprocessen, onderlinge samenwerkingsverbanden en bijscholing van vele actoren in deze wetten is noodzakelijk. De informatie-uitwisseling in met name de Wvvgz, maar ook in de andere wetten, vraagt feitelijk om één landelijk digitaal systeem, waar verschillende partijen informatie kunnen uploaden en andere informatie kunnen downloaden. Niet iedere partij zal daarin dezelfde autorisaties moeten hebben. Veiligheid en beschikbaarheid van een dergelijk systeem moeten gegarandeerd zijn. Het bouwen van een dergelijk systeem lijkt onmogelijk. Indien toch mogelijk, zal dit veel tijd, geld en inzet vergen. Het blijft boven dien volstrekt onduidelijk wie hiervoor inhoudelijk en financieel verantwoordelijk is.

De uitvoering van de Wvvgz vergt veel meer van psychiaters en geneesheer-directeuren ten opzichte van de huidige situatie. Momenteel is er al een groot tekort aan psychiaters, wat de implementatie bemoeilijkt. Tevens is het de vraag hoe alle voorbereidende activiteiten om te komen tot een eventuele zorgmachtiging worden betaald. Indien de wetten worden aangenomen, is een substantieel langere implementatieperiode dan een jaar noodzakelijk. Voor inwerkingtreding van de wetten moeten bovengenoemde randvoorwaarden in ieder geval geregeld en gereed zijn. We pleiten ervoor om voor de bepaling van de implementatietermijn afstemming te zoeken met het Ketenprogramma Wvvgz en met de betrokken veldpartijen.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Lindsey Kurt, beleidsmedewerker NVvP, l.kurt@nvvp.net of via 030-2823896.

**Deskundigenbijeenkomst Gedwongen zorg
Eerste Kamer (commissies voor VWS en V&J)
dinsdag 16 mei 2017**

Position paper

Vooraf

Dit paper voorziet in achtergrondinformatie bij de presentatie die ActiZ, organisatie van zorgondernemers, houdt tijdens de deskundigenbijeenkomst Gedwongen zorg. ActiZ zal de leden van beide commissies in het kader van de schriftelijke voorbereiding van de behandeling van het wetsvoorstel Zorg en dwang een uitgebreidere reactie doen toekomen.

ActiZ steunt het wetsvoorstel Zorg en dwang niet

Bij de presentatie van de thematische wetsevaluatie Gedwongen zorg werd door Rembrandt Zuijderhoudt gewaarschuwd voor een tot dan toe onbekend verschijnsel: 'Bopz-itis'. Daaronder verstaat hij een infectieziekte waarvoor regelgeving over dwang in de zorg uiterst bevattelijk blijkt te zijn en die leidt tot een wildgroei aan regels.

Waartoe Bopz-itis kan leiden, bleek tijdens de behandeling van de Wzd in de Tweede Kamer. Sinds de indiening in 2009 is het wetsvoorstel in omvang verdubbeld. Zeven nota's van wijziging hebben het wetsvoorstel bovendien ingrijpend veranderd. In het kader van de Wvvggz werd de discussie over de Wzd heropend, dat leverde twee nieuwe en zeer ingrijpende nota's van wijziging op waardoor beide wetten gedeeltelijk geharmoniseerd werden. Het gevolg is dat de Wzd niet meer goed begrepen kan worden zonder ook de wetsgeschiedenis van de Wvvggz te kennen. Het oorspronkelijke wetsvoorstel is nauwelijks nog herkenbaar. De wetsgeschiedenis is een doolhof geworden. De uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel in de praktijk zal hierdoor ernstig worden bemoeilijkt. En met de wet zijn we er nog niet, veel zal in uitvoeringsregelgeving nader worden geregeld. Telde het wetsvoorstel in 2009 nog 9 delegatiebepalingen, inmiddels zijn dat er maar liefst 20.

ActiZ stond indertijd positief tegenover het wetsvoorstel Zorg en dwang in de vorm waarin dat in 2009 werd ingediend. **In de huidige vorm steunt ActiZ dit wetsvoorstel echter niet.**

Over wie gaat het?

De Wzd is in hoofdzaak bedoeld voor mensen die, vanwege een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening, een indicatie hebben gekregen voor langdurige zorg. Zo'n indicatie geeft het CIZ af als is gebleken dat iemand 'een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht (...) of 24 uur per dag zorg in de nabijheid'. Of als iemand 'door zware regieproblemen voortdurende begeleiding of overname van taken nodig

heeft'. Kortom, het gaat in de Wzd om mensen die soms tegen zichzelf beschermd moeten worden om ernstig nadeel voor henzelf of voor anderen te voorkomen.

Besluitvorming over onvrijwillige zorg¹

Het is, gelet op deze doelgroep, onvermijdelijk dat hulpverleners soms iets moeten doen waartegen een cliënt zich verzet om zodoende te voorkomen dat de cliënt zichzelf of iemand anders ernstig benadeeld. Zorg waartegen een cliënt zich verzet heet in de Wzd onvrijwillige zorg.

Onvrijwillige zorg mag, behoudens noodsituaties, alleen worden verleend op basis van het zorgplan. De besluitvorming over het zorgplan staat daarom centraal in de Wzd.

Volgens het oorspronkelijke wetsvoorstel kon onvrijwillige zorg in het zorgplan worden opgenomen als de zorgverantwoordelijke (zo heet in de Wzd degene die het zorgplan opstelt) dit had besproken met iemand van een andere discipline en als, afhankelijk van de aard van de onvrijwillige zorg, een arts of een andere deskundige, behorende tot een bij ministeriële regeling aangewezen categorie, daarvoor toestemming had gegeven. Op die manier werd gewaarborgd dat onvrijwillige zorg alleen in het zorgplan kon worden opgenomen op basis van een weloverwogen besluit, waarbij meerdere deskundigen betrokken waren. ActiZ heeft het belang hiervan onderschreven.

Helaas sloeg vervolgens de hiervoor genoemde Bopz-itis toe. Aan de besluitvormingsprocedure werd externe advisering toegevoegd én een beoordeling door een Wzd-arts. Beide toevoegingen lichten wij kort toe.

Extern advies

De verplichting om extern advies in te winnen werd middels de vierde nota van wijziging Wzd aan het wetsvoorstel toegevoegd. Het was bedoeld als laatste stap van het zogeheten stappenplan dat in deze nota van wijziging werd geïntroduceerd. Lukt het in zeer complexe situaties niet om onvrijwillige zorg tijdig af te bouwen, dan moet extern advies gevraagd worden. Dit moest echter soms ook al bij opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan gevraagd worden, namelijk 'indien de vertegenwoordiger aangeeft het niet eens te zijn met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan'. De vijfde nota van wijziging Wzd voegde toe dat extern advies bovendien gevraagd moet worden als de wilsbekwame cliënt het niet eens is met opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan.

Nu bij onvrijwillige zorg per definitie hetzij de cliënt, hetzij de vertegenwoordiger het niet eens is met opname van zorg in het zorgplan, moet dus, sinds deze nota van wijziging, standaard bij opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan extern advies gevraagd worden.

¹ Ter illustratie van de uitwerking van de nieuwe wetten in de praktijk ten aanzien van besluitvorming over het zorgplan is de bijlage '3x zorgplanbespreking' toegevoegd

De consequentie hiervan is overigens dat, in situaties waarin de onvrijwillige zorg niet binnen de in het zorgplan genoemde termijn kan worden afgebouwd, twee keer extern advies gevraagd moet worden (eerst bij opname in het zorgplan, vervolgens opnieuw als het niet lukt om de onvrijwillige zorg tijdig af te bouwen).

Artikel 11, eerste lid Wzd lijkt anders te bepalen, daar staat immers dat extern advies gevraagd moet worden als de cliënt of de vertegenwoordiger het niet eens is met opname of als het niet lukt de onvrijwillige zorg binnen de in het zorgplan genoemde termijn af te bouwen. In de toelichting wordt echter nadrukkelijk vermeld dat extern advies in beide gevallen gevraagd moet worden (31.996-29, blz. 22).

Wzd-arts

De Bopz kent de geneesheer-directeur, deze houdt toezicht op de verlening van onvrijwillige zorg. In de ouderenzorg wordt deze functionaris doorgaans aangeduid als Bopz-arts. Met het wetsvoorstel Zorg en dwang verdween de geneesheer-directeur / Bopz-arts van het toneel. Het wetsvoorstel waarborgde de kwaliteit van de besluitvorming over onvrijwillige zorg op een andere manier, namelijk door het multidisciplinaire overleg voor te schrijven, waarin ook de inbreng van een arts verzekerd was (indien het de toediening van vocht, voeding of medicatie betrof, dan wel beperking van de bewegingsvrijheid). Het wetsvoorstel voorzag bovendien in de expliciete opdracht aan de zorgaanbieder om te voorzien in toezicht op de uitvoering van onvrijwillige zorg (artikel 19 Wzd).

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer (2009 – 2013) is het vertrek van de Bopz-arts geen discussiepunt geweest. De thematische wetsevaluatie Gedwongen zorg bracht hierin verandering. Aanbeveling 5 luidt: *Aan de Wzd dient, zoveel mogelijk in lijn met de Wvggz, een positie vergelijkbaar met die van de geneesheer-directeur te worden toegevoegd.* Deze aanbeveling gaat geheel voorbij aan de waarborgen voor een zorgvuldige besluitvorming over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan en voor een periodieke toetsing daarvan waarin de Wzd voorziet en aan de expliciete opdracht die de Wzd zorgaanbieders geeft om te voorzien in intern toezicht bij de uitvoering van onvrijwillige zorg. Het kabinet heeft dan ook, wat ons betreft terecht, besloten om deze aanbeveling niet uit te voeren (25 424, nr. 323, p. 12-13).

Niettemin kreeg de aanbeveling een vervolg. In het kader van de harmonisatie met de Wvggz kwam de geneesheer-directeur alsnog aan de orde. Het amendement-Leijten (in nader gewijzigde vorm ingediend op de vrijdagmiddag voorafgaande aan de stemming over het wetsvoorstel) introduceert de geneesheer-directeur, nu Wzd-arts geheten, alsnog. Hij heeft de taak om toe te zien op de inzet van onvrijwillige zorg en de afbouw daarvan. Zoals gezegd, de Wzd voorzag al in adequate waarborgen voor een zorgvuldige besluitvorming hieromtrent en de Wzd voorzag al in de opdracht om toezicht te houden op de uitvoering van de onvrijwillige zorg.

Conclusie ten aanzien van besluitvorming over onvrijwillige zorg

Kortom, in het kader van de Bopz hebben twee professionals een rol bij de besluitvorming over onvrijwillige zorg (de zogeheten ‘voor de behandeling verantwoordelijke persoon’ en de Bopz-arts). In het oorspronkelijke wetsvoorstel Zorg en dwang waren dat er drie (de zorgverantwoordelijke, de deskundige van een andere discipline en, afhankelijk van de aard van de onvrijwillige zorg, een bij de zorg betrokken arts of een deskundige behorende tot een bij ministeriële regeling aangewezen categorie).

Inmiddels zijn het er vier of vijf, te weten:

1. de zorgverantwoordelijke;
2. de deskundige van een andere discipline;
3. de bij de zorg betrokken arts (indien het bepaalde vormen van onvrijwillige zorg betreft en de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is);
4. de externe adviseur;
5. de Wzd-arts.

Dezelfde besluitvormingsprocedure geldt soms ook als geen sprake is van onvrijwillige zorg

De hiervoor beschreven besluitvormingsprocedure, waarbij vier of vijf professionals ieder een rol hebben, geldt niet alleen bij onvrijwillige zorg. Artikel 2, lid 2 Wzd bepaalt dat deze besluitvormingsprocedure ook gevolgd moet worden als het gaat om wilsonbekwame cliënten en het bepaalde vormen van zorg betreft, te weten:

- a. het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, indien de medicatie niet wordt toegediend overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen;
- b. beperken van de bewegingsvrijheid;
- c. insluiten.

Wordt bijvoorbeeld een bedhek geplaatst, dan is dat een beperking van de bewegingsvrijheid. Stemt de wilsbekwame cliënt hiermee in, dan is geen sprake van onvrijwillige zorg en kan besloten worden tot plaatsing van het bedhek zonder andere professionals bij de besluitvorming te betrekken. Is de cliënt wilsonbekwaam, dan is de besluitvormingsprocedure voor onvrijwillige zorg van overeenkomstige toepassing en moet dus vier of vijf professionals bij de besluitvorming betrokken worden, ook als de vertegenwoordiger van de cliënt heeft ingestemd met plaatsing van het bedhek en de cliënt zich daar niet tegen verzet. Wij wijzen er nog op dat een vergelijkbare bepaling in de Wvvgz ontbreekt.

De adviseurs van de cliënt

In 2011 namen de bewindslieden het standpunt in dat het niet nodig is om in de WZD een functionaris te introduceren die de cliënt adviseert en hem bijstaat bij het zoeken

naar oplossingen als hij ontevreden is over de zorg: *'Bovendien constateer ik dat in veel AWBZ-instellingen al diverse functionarissen rondlopen die zich bezig houden met de rechtspositie van de cliënt (...). Er moet worden voorkomen dat daar nog een functionaris aan toegevoegd wordt; dat maakt het voor cliënten alleen maar lastiger om hun weg te vinden'* (31 996, nr. 6, p. 20). Ook hier heeft de Bopz-itis toegeslagen.

De Wet langdurige zorg (Wlz) introduceerde in 2015 de cliëntondersteuner, deze heeft (mede) tot taak om cliënten bij te staan bij de bespreking van het zorgplan (artikel 8.1.1, lid 7 Wlz) en cliënten bij te staan als zij niet tevreden zijn over de zorg die de zorgaanbieder hun verleent.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen (Wkkgz) introduceerde in 2016 de klachtenfunctionaris. Ook deze heeft tot taak cliënten te adviseren en bij te staan (artikel 15 Wkkgz). Als deze functionaris in dienst is van de zorgaanbieder, moet de zorgaanbieder waarborgen dat hij zijn werkzaamheden onafhankelijk kan uitvoeren. De Wzd voegt daar nu een derde functionaris aan toe, de cliëntenvertrouwenspersoon. Ook deze adviseert de cliënt en staat hem bij, maar hij verschilt van de klachtenfunctionaris doordat hij nog iets onafhankelijker moet zijn en daarom niet bij de zorgaanbieder in dienst mag zijn.

Het valt hierbij op dat de Wzd de zorgaanbieder de opdracht geeft om te voorzien in vertrouwenswerk (art. 57 Wzd), maar dat de staatssecretaris deze taak feitelijk bij de zorgkantoren wil leggen (25 424, nr. 347, p. 14). Dit komt neer op: het zorgkantoor bepaalt, de zorgaanbieder betaalt.

ActiZ vindt dit een onwenselijke situatie. ActiZ vindt het bovendien onbegrijpelijk dat het patiëntenvertrouwenswerk in de geestelijke gezondheidszorg betaald wordt door VWS (middels een jaarlijkse subsidie aan de stichting PVP) terwijl het cliëntenvertrouwenswerk voor rekening van de aanbieders komt.

Reikwijdte Wzd

Het is de bedoeling dat zowel de Wzd als de Wvggz de mogelijkheid biedt om ook buiten instellingen (in beide wetten aangeduid als accommodaties) de toepassing van dwang mogelijk te maken. Dit wordt als een belangrijk winstpunt ten opzichte van de Bopz gezien.

Echter, op dit moment bepaalt zowel de Wzd als de Wvggz dat onvrijwillige zorg / verplichte zorg alleen in een accommodatie toegepast kan worden. Welke onvrijwillige zorg / verplichte zorg buiten accommodaties verleend kan worden, en onder welke voorwaarden, wordt geregeld in nog op te stellen uitvoeringsregelgeving.

Wat echter wel duidelijk is, is dat zich hierbij in de Wzd een probleem zal gaan voordoen bij cliënten die geen indicatie hebben voor langdurige zorg. Zij vallen alleen onder de Wzd als een dokter heeft vastgesteld dat zij zorg in de zin van de Wzd nodig hebben (artikel 1, eerste lid onderdeel c Wzd).

Zo'n verklaring wordt afgegeven op verzoek van de cliënt. Of een cliënt zonder indicatie voor langdurige zorg onder de Wzd valt, is dus afhankelijk van een initiatief van de cliënt.

Waarom zou een cliënt de mogelijkheid willen creëren dat hem zorg wordt verleend tegen zijn wil?

In de Wvggz is dit beter geregeld. De Wvggz geeft iedereen die meent dat het noodzakelijk is dat iemand geestelijk gezondheidszorg krijgt en dat die zorg wellicht verplicht (d.w.z. onder dwang) geleverd moet worden, de mogelijkheid om daartoe het initiatief nemen door dit bij een gemeentelijk meldpunt te melden.

Het meldpunt houdt vervolgens een verkennend onderzoek. Als dit leidt tot de conclusie dat de noodzaak tot verplichte zorg aanwezig is, vraagt de gemeente de officier van justitie om de rechter te vragen een zorgmachtiging af te geven. De zorgmachtiging kan inhouden dat iemand opgenomen moet worden, maar kan ook inhouden dat dwang toegepast wordt zonder opname.

Dit alles ontbreekt in de Wzd. Is voor een cliënt, zonder indicatie voor langdurige zorg, onvrijwillige zorg nodig en wil hij de bedoelde verklaring van de dokter niet aanvragen, dan kent de Wzd maar één optie: een gedwongen opname. Dit belangrijke punt is een voorbeeld van inconsistentie in de wetgeving, wat in de Wvggz kan, kan in de Wzd niet, zonder dat daarvoor een logische verklaring kan worden gegeven.

Wat is het alternatief?

ActiZ is geen voorstander van de Wzd in deze vorm. De vraag dient zich aan hoe het beter kan. Van verschillende kanten wordt bepleit om geen aparte wettelijke regelingen te maken voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening enerzijds en mensen met een psychiatrische ziekte anderzijds.

Eén wet verdient in deze optiek de voorkeur en die ene wet zou de Wvggz moeten zijn, met name omdat de Wvggz in een betere rechtspositie van de cliënt zou voorzien omdat volgens de Wvggz iedere toepassing van dwang vooraf door de rechter moet worden getoetst.

Wij vinden echter dat een procedure bij de rechter geen goede basis is voor hulpverlening aan dementerende ouderen. Voorafgaande toetsing door de rechter veronderstelt dat weken van tevoren precies duidelijk is welke behandeling een cliënt nodig heeft en dat dan bovendien duidelijk is wat de cliënt daarvan vindt en dat hij zich daarin bovendien consequent opstelt.

Het veronderstelt verder dat de onvrijwillige zorg, in afwachting van het oordeel van de rechter, nog weken kan worden uitgesteld. Als het om dementerende ouderen gaat is het evident dat van deze veronderstellingen niet kan worden uitgegaan.

Voorafgaande rechterlijke toetsing zou onzes inziens, net als nu in het kader van de Bopz, beperkt moeten blijven tot gedwongen opnames.

Besluitvorming over toepassing van zorg ondanks verzet moet niet worden gejuridiseerd, zoals in de Wvzggz gebeurt; wel moet gewaarborgd worden dat hulpverleners hierbij weloverwogen en conform de professionele standaard handelen, op een wijze die voor de cliënt zo min mogelijk belastend is, voorafgaande rechterlijke toetsing is hierbij niet noodzakelijk.

Bijlage: “3x zorgplanbespreking”

Utrecht, 16 mei 2017

Contact ActiZ

Michiel Kooijman, senior beleidsmedewerker

m.kooijman@actiz.nl

06-25036422

Michiel Krijvenaar, wnd. PA coördinator

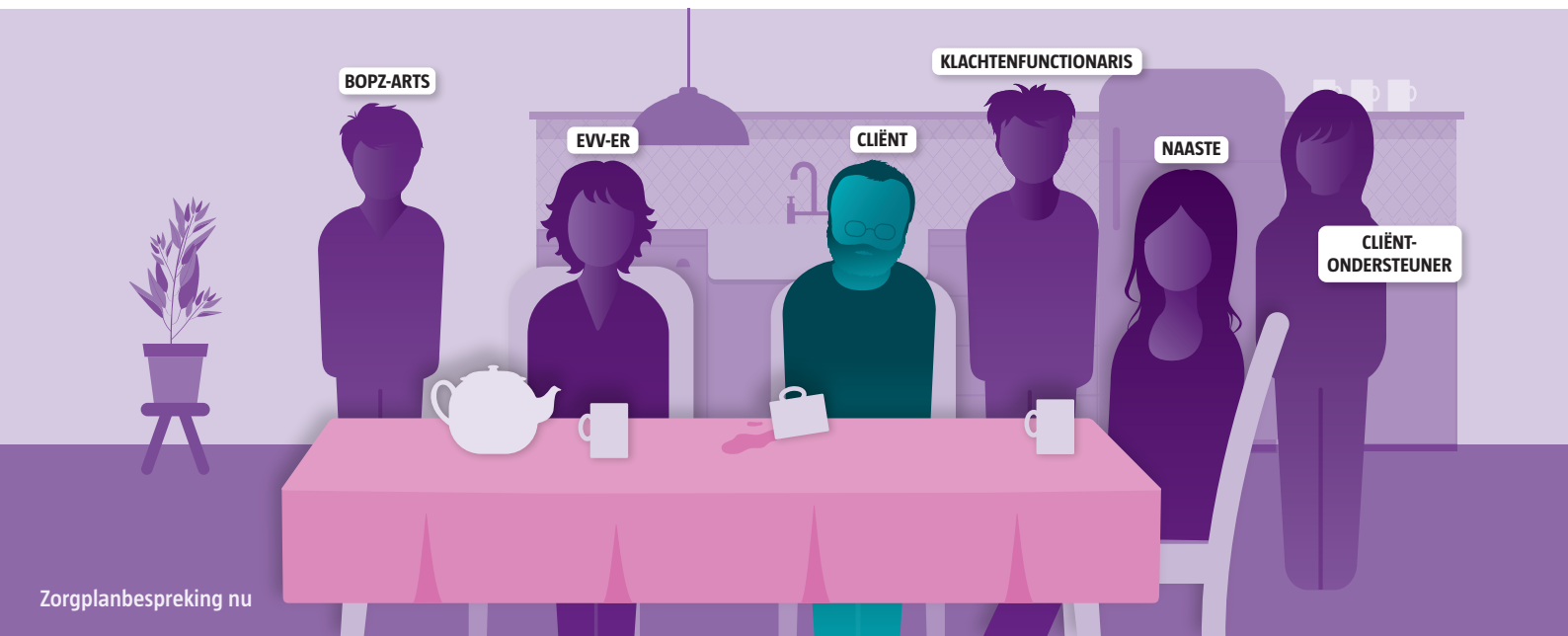
m.krijvenaar@actiz.nl

06-21860738

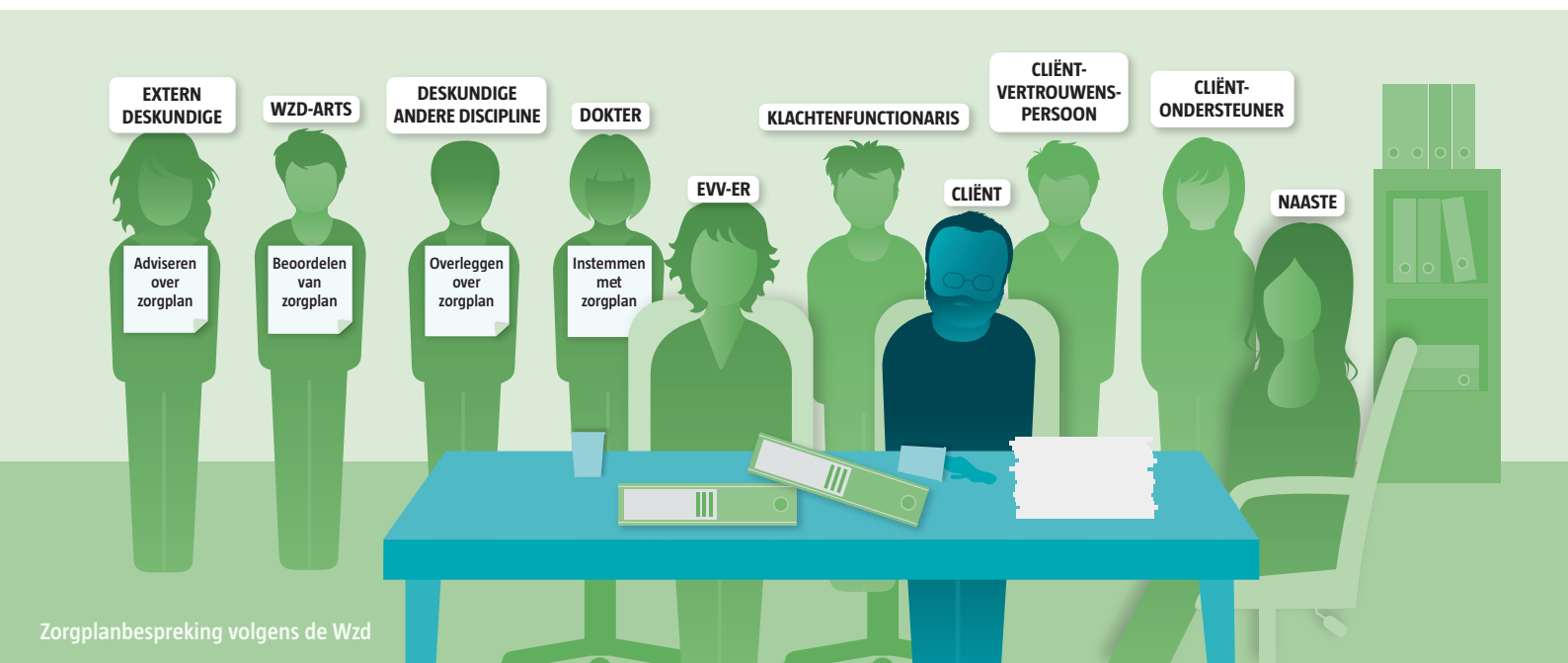
Over ActiZ

ActiZ is de branchevereniging van bijna 400 organisaties die actief zijn op het gebied van zorg en ondersteuning aan ouderen, (chronisch) zieken en jeugd. Onze leden zijn heel divers; in omvang en dienstverlening. Met zo'n 380.000 medewerkers bieden zij zorg en ondersteuning aan circa 2 miljoen cliënten. Met elkaar voelen wij een maatschappelijke verantwoordelijkheid om de zorg dichtbij, professioneel, betaalbaar en toegankelijk te houden. En daarmee bij te dragen aan het welbevinden van mensen. Het uitgangspunt daarbij is dat mensen zoveel mogelijk regie houden over het leven dat zij willen leiden.

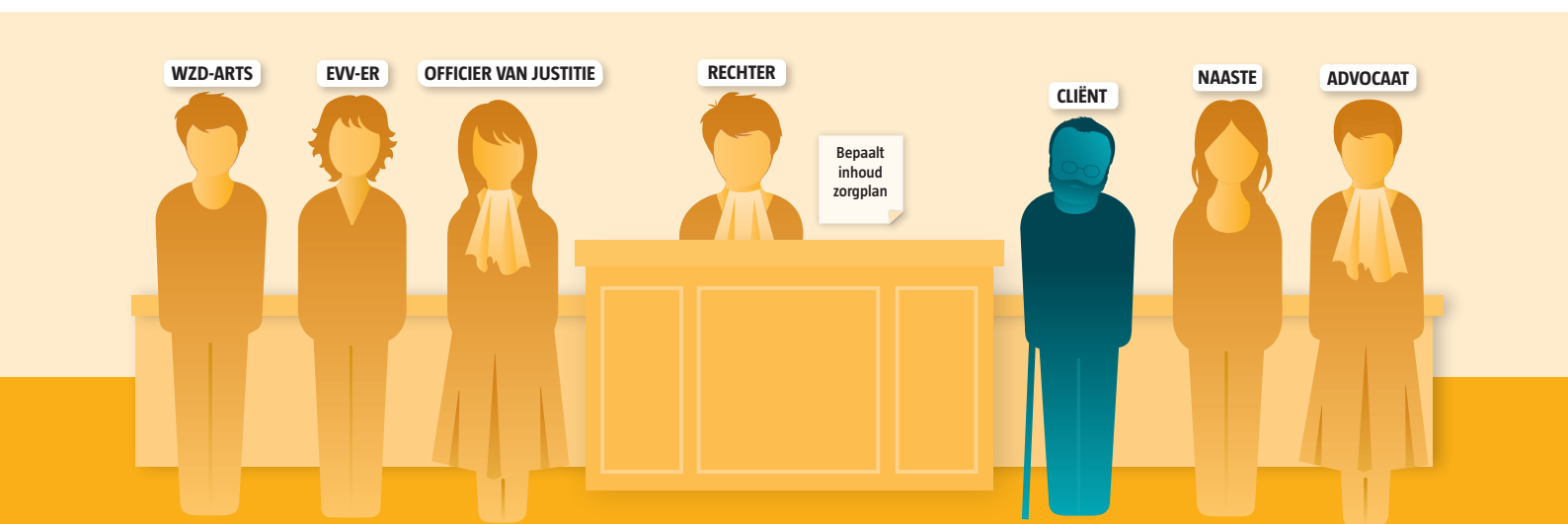
3x zorgplanbespreking



Zorgplanbespreking nu



Zorgplanbespreking volgens de Wzd



Zorgplanbespreking volgens het Wvvggz-model



Aan de leden van de commissies voor
Volksgezondheid, Welzijn en Sport en
Veiligheid en Justitie van de Eerste Kamer

Datum	11 mei 2017	Contact	F. (Frank) Bluijminck
Ons kenmerk	20170511MD	Telefoon	030 – 27 39 743
Onderwerp	Deskundigenbijeenkomst 16 mei 2017	E-mail	fbluijminck@vgn.nl

Geachte Leden van de Eerste Kamer,

Ten behoeve van de deskundigenbijeenkomst van 16 mei 2017 over de Wet verplichte ggz (Wvggz), de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet forensische zorg (Wfz) treft u hieronder het standpunt van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) aan.

Doel van de deskundigenbijeenkomst is te achterhalen of de gewenste samenhang met de drie wetsvoorstellen in voldoende mate tot stand is gekomen en of de wetten uitvoerbaar zijn. Wij zullen daarbij de door u genoemde aspecten¹ in onderstaand standpunt betrekken. Wij komen alles overwegende tot de slotsom dat de wet zoals deze nu voorligt niet goed uitvoerbaar is voor de praktijk. Wij lichten dat hieronder toe.

ALGEMEEN

Twee wetten

De VGN is altijd blij geweest met de Wzd die specifiek was toegesneden op de gehandicaptensector (en de psycho-geriatrie) en die vanaf het ontwerp van de wet is opgebouwd in samenspraak met de gehandicaptenzorgpraktijk. De Wzd die (na alle wijzigingen) nu voorligt, is inmiddels minder goed toegesneden op onze sector. Een regeling, die is toegesneden op onze sector, is van belang omdat er essentiële verschillen bestaan ten opzicht van de ggz. De eigen doelgroep, de zorgbehoefte en het type dwang rechtvaardigen eigen procedures voor beide sectoren. In de gehandicaptensector zijn mensen vaak levenslang en levensbreed in zorg en gaat het om een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Indien ingrijpen nodig is, gaat het vooral om de dagelijkse leefomgeving. Bij wonen past bijvoorbeeld een benadering gericht op begeleiding en ondersteuning vaak het beste. De ggz-sector richt zich meer op (kortdurende) behandeling en het beter maken van de cliënt. Dit vraagt om een andere benadering. Er gaan echter ook stemmen op die stellen dat het juist beter zou zijn als er één wettelijke regeling zou komen waar alle sectoren onder vallen en dat de Wvggz hiervoor geschikt zou zijn. De VGN is niet principieel tegen één wet, maar dan

¹ De consistentie van de visie; de juridische eenduidigheid van het wettelijk kader en de proportionaliteit; de praktische uitvoerbaarheid.

moet het wel een wet zijn die mede is toegesneden op onze sector en niet eenzijdig vanuit de ggz-visie is opgesteld, zoals nu de Wvggz.

Heroverweging Wzd

De Wzd heeft een lange behandeling achter de rug waarbij gaandeweg de wet ingrijpend is veranderd. De vele nota's van wijziging en de recente parlementaire behandeling van de Wvggz en daarmee indirect de Wzd, hebben geleid tot een wet waarvan wij ons nu afvragen of die nog steeds zo goed uitvoerbaar is en specifiek toegesneden is op onze sector. Wij signaleren een aantal knelpunten die zijn ontstaan na wijzigingen in de wet, signaleren onduidelijkheden waarover wij vragen hebben en stellen vast dat een aantal wijzigingen die de VGN had voorgesteld niet zijn overgenomen door de regering en de Tweede Kamer. De optelsom van dit alles is, dat wij van mening zijn dat de wet zoals deze nu voorligt niet goed uitvoerbaar zal zijn. Wij hebben dan ook nog de nodige vragen en voorstellen die u hieronder aantreft. Alvorens hierop in te gaan, gaan wij eerst in op het punt van de rechtsbescherming.

Rechtsbescherming Wzd

U heeft in 2013 de behandeling van de Wzd (en in 2014 ook de behandeling van de Wfz) stilgelegd in afwachting van de Wvggz omdat u de wetsvoorstellen in samenhang wilde bezien mede vanwege de harmonisatie van de rechtsposities van personen die gedwongen zorg ontvangen. Tijdens de behandeling van de Wzd en de Wvggz is aan de orde gekomen of cliënten als ze onder de Wzd vallen minder rechtsbescherming hebben dan cliënten die onder de Wvggz vallen. Wij zijn van mening dat de rechtsbescherming grotendeels identiek is: beide wetten bieden toegang tot een externe onafhankelijke cvp/pvp. Beide wetten bieden een(zelfde) klachtenregeling en beide wetten regelen gedwongen opname in een instelling via de rechter.

Het verschil zit in wie er beslist dat verplichte zorg/onvrijwillige zorg wordt toegepast. Bij de Wvggz beslist de rechter over verplichte zorg en bij de Wzd wordt via het zogenaamde stappenplan (opschalingsmodel) besloten over de toepassing van onvrijwillige zorg. Bij het stappenplan kijken, voor het opleggen van onvrijwillige zorg via een opschalend model, steeds andere deskundigen van verschillende disciplines mee (naar alternatieven, afbouwen of helemaal afzien van onvrijwillige zorg) tot aan onafhankelijke experts van buiten de organisatie toe. Bijvoorbeeld deskundigen van het Centrum voor Consultatie en Expertise, die verstand van deze cliëntgroepen hebben en dus van het (soms zeer moeilijk verstaanbare) gedrag. De vraag is dus waarom een toetsing van de rechter meer rechtsbescherming zou bieden dan het stappenplan. Inhoudelijk bekeken, is er in onze ogen juist meer bescherming voor een cliënt, doordat er meerdere keren verschillende deskundigen - inclusief deskundigen van buiten - meekijken of onvrijwillige zorg wel noodzakelijk is of dat het ook anders kan.

Kortom: Als er dus al een verschil is, vinden wij dit goed te rechtvaardigen: voor onze specifieke doelgroep biedt het stappenplan een met waarborgen omklede en meer passende beoordeling of onvrijwillige zorg wel of niet mag worden toegepast, dan een uitspraak van de rechter.

Daarnaast valt een verschil op waarbij de regeling voor wilsonbekwamen in de Wzd anders is (meer waarborgen voor cliënt) dan in de Wvggz. De vraag is waarom hier geen harmonisatie heeft plaatsgevonden. In de Wzd kunnen wilsonbekwamen die zich niet verzetten tegen opname, maar ook geen toestemming (kunnen) geven voor

opname, alleen in een instelling worden opgenomen indien een bepaalde wettelijk vastgelegde procedure wordt gevolgd (te weten via het CIZ zoals dit nu ook al onder de wet Bopz gebeurt). In de Wvggz echter kunnen wilsonbekwamen die zich niet verzetten tegen opname, maar ook geen toestemming (kunnen) geven voor opname, opgenomen worden zonder tussenkomst van de rechter indien de wettelijk vertegenwoordigers hiervoor toestemming hebben gegeven. Als het gaat om zorgverlening binnen de instelling, indien de wilsonbekwame cliënt is opgenomen, is op grond van de Wvggz wederom alleen toestemming van de vertegenwoordigers nodig. De rechter komt er niet aan te pas. In de Wzd geldt bij wilsonbekwamen altijd het stappenplan indien het om zorg die de bewegingsvrijheid beperkt en toediening van medicatie gaat, ongeacht of de vertegenwoordiger instemt.

VRAGEN EN VOORSTELLEN

Integrale memorie van toelichting ontbreekt

De Wzd is op vele punten aangepast aan de Wvggz. Vele wijzigingen zijn niet van een toelichting voorzien (anders dan 'vanwege de harmonisatie' en dat zelfs niet altijd), waardoor het niet altijd te begrijpen is wat de wetgever precies bedoelt. Soms moet om een gewijzigd artikel te kunnen begrijpen, gegrepen worden naar de toelichting bij de Wvggz. Het is onwerkbaar dat de sector straks de Wvggz erbij moet pakken en via de verschillende nota's van wijziging moet uitzoeken om te weten wat bedoeld wordt met een artikel in de Wzd (als al in een toelichting is voorzien).

Vraag: Ons verzoek is dan ook, net zoals u de regering heeft verzocht bij de Wkkgz in 2013, de regering te verzoeken de Wzd van een integrale toelichting (op alle wetsartikelen) te voorzien.

Verantwoordelijkheidsverdeling Zorgaanbieder versus Wzd-arts onduidelijk

De introductie van de Wzd-arts in de Wzd roept de nodige vragen op in relatie tot de uitvoering. Het wetsvoorstel dat er nu ligt, is door het amendement van de Wzd-arts ingrijpend gewijzigd voor wat betreft de verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot onvrijwillige zorg. Allereerst krijgt de Wzd-arts een taak die hij niet op grond van de wet Bopz heeft: namelijk het toetsen van zorgplannen. Ook krijgt hij de bevoegdheid de zorgverantwoordelijke (bijvoorbeeld gedragskundige) aanwijzingen te geven het zorgplan aan te passen als hij vindt dat dit nodig is. Daarnaast krijgt de Wzd-arts de verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van de onvrijwillige zorg en kan de zorgaanbieder de Wzd-arts geen aanwijzingen geven met betrekking tot de uitvoering van diens taken. De verantwoordelijkheid voor het verlenen van onvrijwillige zorg gaat hiermee feitelijk over van de zorgaanbieder naar Wzd-arts. Daarmee komt dit in strijd met andere bepalingen in de Wzd die de verantwoordelijkheid voor het beleid inzake de toepassing van onvrijwillige zorg, juist expliciet bij de zorgaanbieder legt. Het amendement bepaalt, dat in het zorgplan vermeld moet zijn hoe de zorgaanbieder én de Wzd-arts de kwaliteit van de onvrijwillige zorg bewaken en toezicht houden op de uitvoering daarvan. Er zijn dan twee toezichthouders waarvan het onduidelijk is hoe deze zich tot elkaar verhouden. Het roept vragen op over de (eind)verantwoordelijkheid van de

zorgaanbieder en de mogelijkheden om in te kunnen grijpen indien de Wzd-arts zijn taak volgens de zorgaanbieder niet naar behoren uitvoert. Wij vinden dat de zorgaanbieder hierin zijn verantwoordelijkheid hoort te kunnen nemen zoals de Wkkgz ook van hem verlangt. Wetgeving hoort consistent te zijn en het is dus niet praktisch werkbaar om de verantwoordelijkheid op verschillende manieren te regelen in twee verschillende wetten.

Voorstel: Het is noodzakelijk dat de wetgever voordat de wet in werking treedt duidelijkheid over het bovenstaande verschaft en dat de wet duidelijk bepaalt hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is.

Ook gedragskundige als Wzd-arts

De VGN betreurt dat met de introductie van de Wzd-arts in de Wzd het niet mogelijk is gemaakt dat naast de arts ook de gedragskundige (denk aan de GZ-psycholoog) de rol van de Wzd-arts op zich kan nemen. Binnen onze sector komt het namelijk ook voor dat de arts en de gedragsdeskundige de verantwoordelijkheid over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen delen. De gedragskundige kan de toebedeelde rol van de Wzd-arts ook alleen op zich nemen. Veel vrijheidsbeperkende maatregelen worden niet vanuit medische gronden ingezet maar vanuit gedragsmatige overwegingen (afspraken over bewegingsvrijheid, bijvoorbeeld deuren of koelkast gesloten, afspraken over sociale contacten, afspraken over beperkingen van roken en drinken, gebruik van toezichthoudende domotica zoals cameratoezicht en of uitluisterapparatuur, een smeerpak). Wanneer de arts hier de eindverantwoordelijkheid in blijft houden, zoals de huidige verantwoordelijkheid van de Wzd-arts, sluit dit onvoldoende aan bij de praktijk.

Voorstel: leg in de wettekst vast dat naast de arts ook de gedragskundige de rol van Wzd-arts op zich kan nemen.

Stappenplan alleen bij limitatieve lijst van maatregelen

Wil het zgn. stappenplan uitvoerbaar zijn, dan is vereenvoudiging nodig. Nu bepaalt de Wzd dat het stappenplan voor alle vormen van onvrijwillige zorg moet worden gevolgd. De VGN pleit, zonder afbreuk te willen doen aan het 'nee tenzij' principe en het stappenplan als zodanig, voor een stappenplan dat is begrensd tot een limitatieve lijst van (ingrijpende) maatregelen. Het is in de praktijk onwerkbaar om het stappenplan voor alle vormen van onvrijwillige zorg uit te voeren. Het zal hogere personeelskosten en administratieve lasten met zich meebrengen.

Voorstel: De definitie van onvrijwillige zorg onder artikel 2 vervangen door een bepaling dat bij AMvB een lijst van maatregelen wordt vastgesteld waarvoor het stappenplan zal gelden.

Vervang nieuwe definitie 'zorgverantwoordelijke' door oude definitie

Het oorspronkelijke wetsvoorstel dat door de Tweede Kamer is aangenomen, laat aan

de zorgaanbieders over wie zij 'zorgverantwoordelijke' maken. Dit past bij de regeling van verantwoordelijkheidsverdeling zoals geformuleerd in de Wkkgz². Na de harmonisatie van de Wvggz en de Wzd is die verdeling als volgt ingevuld: de zorgverantwoordelijke is een arts of een bij AMvB vastgesteld deskundig persoon. Voor de gehandicaptensector wordt gedacht aan een gedragsdeskundige. In een schriftelijke reactie (van 13 februari 2017) van de staatssecretaris op een amendement van de SP zegt de staatssecretaris dat hij bezwaren heeft tegen het amendement dat ertoe strekt dat de zorgverantwoordelijke altijd een BIG-geregistreerde moet zijn. De staatssecretaris stelt: "Voor de doelgroep van de Wzd, met name voor de mensen met een verstandelijke beperking, geldt dat de benodigde deskundigheid voor de zorg vaak eerder ligt op het gebied van gedragsdeskundigen die niet altijd BIG-geregistreerd zijn". Hij zegt echter ook dat het amendement in strijd is met het in januari 2017 tot stand gekomen Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg waarin de zorgverlener tenminste niveau 3 heeft in de rol van eerst verantwoordelijke verzorgende.

De vraag is of dit betekent dat voor de gehandicaptensector dan ook bijvoorbeeld de (persoonlijk) begeleiders (die nu ook naar volle tevredenheid de schakelrol vervullen: coördinatie van zorg, opstellen ondersteuningsplan, aanspreekpunt) in de AMvB kunnen worden opgenomen als een deskundig persoon die de rol van zorgverantwoordelijke op zich kan nemen. Kenmerkend voor de gehandicaptensector is multidisciplinaire samenwerking waar zorgverleners een belangrijke rol vervullen en hun kennis optimaal wordt benut. De persoonlijk begeleider fungeert daarin als 'spin in het web'. De vraag is waarom een taak die nu ook mede door iemand op mbo(4)-niveau wordt uitgevoerd straks alleen door iemand op academisch niveau moet worden uitgevoerd. De huidige praktijk geeft daar ons inziens geen enkele aanleiding voor.

De meest simpele oplossing is om de oorspronkelijke regeling van vóór de harmonisatie weer in het wetsvoorstel op te nemen, zodat zorgaanbieders de verantwoordelijkheid en de taakverdeling op een goede en verantwoorde wijze kunnen inrichten. Indien de bepaling echter ongewijzigd blijft, is het wel van belang dat persoonlijk begeleiders door de AMvB als deskundigen worden aangewezen. Indien dit niet gebeurt, zal ook de uitvoerbaarheid aan de orde zijn: de taak van de zorgverantwoordelijke is omvangrijk en dan ook niet goed uit te voeren met het aantal artsen en gedragskundigen dat er nu in de sector werkzaam is.

Voorstel: Schrap artikel 1 sub g waarin de zorgverantwoordelijke wordt gedefinieerd en laat de oorspronkelijke bepaling van vóór de harmonisatie herleven ("zorgverantwoordelijke: de voor de cliënt door de zorgaanbieder als zodanig aangewezen persoon, die zijn taken namens de zorgaanbieder uitvoert"). Indien de bepaling ongewijzigd blijft, dan moet de AMvB ook begeleiders aanwijzen om de rol van zorgverantwoordelijke op zich te kunnen nemen.

²Artikel 1 lid 1: De zorgaanbieder biedt goede zorg aan.

Artikel 3: De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, bedient zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij een zorgaanbieder is als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, 1°, draagt tevens zorg voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.

Voorwaardelijke machtiging en leeftijdsgrens

De Tweede Kamer heeft het amendement aangenomen waarmee de voorwaardelijke machtiging wordt opgenomen in de Wzd. Wij zijn hier blij mee. Bij een voorwaardelijke machtiging – die een rechter verleent als het noodzakelijk is om 'ernstig nadeel' te voorkomen – is de hulpverlener bij het niet nakomen van de voorwaarden die zijn afgesproken met de cliënt, bevoegd de cliënt alsnog in de instelling op te nemen. Een voorwaardelijke machtiging is een zwaar middel, maar is zeer geschikt als 'stok achter de deur' om het gedrag van de cliënt te sturen. Dat is bij een deel van deze kwetsbare groep cliënten soms nodig om grotere problemen of een gedwongen opname te voorkomen. De minst ingrijpende interventie is altijd de meest wenselijke.

Tegelijkertijd zien wij de leeftijdsgrens van 23 jaar als een beperking die wij kunnen herleiden tot de achterliggende problematiek in de jeugdzorg, maar tegelijkertijd als een onwenselijke beperking voor andere doelgroepen. De problematiek die wordt geconstateerd in de jeugdzorg (leeftijdscategorie tot 23 jaar) houdt voor deze doelgroep na het 23^e jaar niet op. Wij zien dezelfde problematiek bij volwassenen in deze doelgroep: overlastgevend gedrag, niet in zorg willen komen of moeilijk in zorg te houden. Ook voor die groep is de voorwaardelijke machtiging nodig waarmee op de cliënt drang kan worden uitgeoefend om zorg te accepteren en ook in zorg te blijven. Daarmee kan opname worden voorkomen en maatschappelijke risico's worden verminderd.

Voorstel: haal de leeftijdsgrens uit artikel 28aa.

Ten slotte

Alles overwegende komen wij tot de conclusie dat de Wzd in de huidige vorm niet goed uitvoerbaar is. Wij realiseren ons dat de Eerste Kamer niet de bevoegdheid heeft om wetten te wijzigen. U heeft in uw uitnodiging aan ons gevraagd om aan te geven of de gewenste samenhang met de drie wetsvoorstellen in voldoende mate tot stand is gekomen en of de wetten uitvoerbaar zijn. Wij hebben daarom in deze brief aangegeven waar nog problemen zitten en tegelijkertijd voorstellen gedaan die tot een goede werkbare wet zullen leiden.

Met vriendelijke groet,



F. (Frank) Bluijminck
Directeur

Position paper GGZ Nederland
T.b.v. rondetafelgesprek cie. VWS & V&J in de Eerste Kamer
‘Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg’
16 mei 2017

GGZ Nederland is blij dat de Eerste Kamer de wetten rondom verplichte zorg in samenhang bekijkt. Voor de praktische uitvoerbaarheid is het belangrijk dat de wetten zo goed mogelijk geharmoniseerd zijn. Vanuit het veld is behoefte aan wetgeving die aansluit bij de praktijk van ambulant behandelen en begeleiden. Ondanks dat we nog veel verbeterpunten in de wetsvoorstellen zien, zijn de wetsvoorstellen een grote verbetering voor de positie van patiënten, familie en naasten. Spoedige behandeling van de wetsvoorstellen is daarom gewenst.

Wel delen we de aanbeveling van ZonMw¹ om in de toekomst tot één wet verplichte zorg te komen. In dit position paper gaan we specifiek in op de samenhang tussen de verschillende wetten rondom verplichte zorg. Achtereenvolgens gaan wij in op:

- De voorwaarden om doelstellingen te behalen
- In de nabije toekomst één wet
- Rechtsposities
- Forensische zorg
- Vrijwillige zorg conform de Wgbo
- Jeugdhulp
- Klachtrecht
- Wet zorg en dwang

Voor een algemene reactie op de Wet verplichte ggz (Wvvggz) verwijzen wij naar onze [eerder gestuurde brief d.d. 3 maart 2017](#).

Voorwaarden om doelstellingen te behalen

Alvorens in te gaan op de samenhang tussen de wetten noemen we een aantal belangrijke voorwaarden om de doelstellingen en uitgangspunten van de wetten te behalen. Bij het bepalen van de implementatietijd dient rekening gehouden te worden met het realiseren van deze voorwaarden. Voordat de wetten in werking treden moet minimaal het volgende geregeld worden:

1. Alle actoren moeten geschoold worden over de nieuwe procedures, samenwerking, werkwijzen en manieren om dwang en drang terug te dringen. Om dit te bewerkstelligen ontbreekt momenteel de financiering. De kosten voor de scholing kunnen niet uit bestaande middelen gefinancierd worden. Wij stellen ons op het standpunt dat het tot de taak van de overheid behoort om de verantwoordelijkheid voor deze kosten te nemen.
2. In elke regio moeten afspraken zijn om de samenwerking vorm te geven. Zodra de wet in werking is getreden is het van belang dat alle actoren tijdig hun rol oppakken en verantwoordelijkheid nemen.
3. In elke regio moet voldoende (forensisch) zorgaanbod zijn om verplichte zorg te voorkomen en dwang en drang terug te dringen. Om zorg op maat te kunnen bieden moeten voldoende vormen van zorg ingekocht en beschikbaar zijn, zoals ambulante en vrijwillige zorg.
4. De Wvvggz is patiëntvolgend; één landelijk ICT systeem ten behoeve van de informatie-uitwisseling in de keten is noodzakelijk om dit in de samenwerking te bewerkstelligen. Ook

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

hierbij geldt dat de bestaande financiële middelen van de verschillende actoren ontoereikend zijn om dit te realiseren. Daarom stellen wij ons op het standpunt dat het dragen van deze kosten behoort tot de taak van de overheid.

5. Er is een passende bekostiging nodig voor voorbereidingsfase en uitvoering van de zorgmachtiging en de crisismaatregel. Dit vergt nadere beschouwing van de huidige regelgeving en tariefstructuur van de zorgverzekeraars, ministerie van Veiligheid en Justitie en gemeenten. Hiervoor is nodig dat de verantwoordelijk bewindspersonen op korte termijn een aanwijzing geven aan de NZa en de VNG.

In de nabije toekomst één wet

De minister heeft ervoor gekozen om de wetsvoorstellen Wvvgz en Wet zorg en dwang (Wzd) niet te integreren. Zoals eerder aangegeven delen wij de aanbeveling van ZonMw² om in te toekomst tot één wet verplichte zorg te komen. Met de geschiedenis van de thans voorliggende wetsvoorstellen achten wij het van belang om hier zo snel mogelijk na invoering van de wetsvoorstellen mee te beginnen. Wenselijk is dat de harmonisatie als uitkomst van de eerste evaluatie van de wetgeving zal plaatsvinden. De harmonisatie zal de interne en externe rechtpositie beter regelen, de administratieve lasten verminderen en de samenwerking en daarmee de kwaliteit van de patiëntenzorg ten goede komen.

De Wvvgz kan dan een kaderwet zijn voor de zware vormen van verplichte zorg. Met aparte regelingen als AMvB's voor lichtere vormen van verplichte zorg, waar ook het stappenplan uit de Wzd een plaats in kan hebben.

Rechtsposities

Voor professionals die zich uitsluitend bezighouden met één type patiënt met enkelvoudige problematiek zal het duidelijk zijn of de Wzd, de Wvvgz of de Wfz nageleefd moet worden. Voor professionals die mensen behandelen die voldoen aan criteria uit diverse wetten én waar de zorg betaald wordt uit diverse geldstromen (Zvw, Wlz, Jeugdwet, Wmo 2015, Zorginkoop Veiligheid & Justitie) ligt dit anders. Wanneer niet duidelijk is welke wetgeving wanneer van toepassing is, of als meerdere wetten gelijktijdig nageleefd moeten worden, brengt dit rechtspositionele onduidelijkheid met zich mee. Niet alleen voor de patiënten, maar ook voor de professionals.

Het is dringend wenselijk dat bewindspersonen zich uitlaten over welke wetgeving nu wanneer van toepassing is. De demissionair staatssecretaris van VWS heeft – toen hier al eens naar gevraagd werd bij de behandeling van de WZD- in een kamerbrief³ aangegeven dat “de problematiek van de cliënt en de daarbij passende zorg bepalen *in welk type instelling* hij het beste op zijn plaats is”. Hiermee is echter nog niet de vraag beantwoord welke wetgeving binnen die instelling dan vervolgens van toepassing is.

Daarnaast kan gedurende een behandeling blijken dat gekozen moet worden voor een andere setting, waar een ander wettelijk/rechtspositioneel kader geldt. Alle wetten kennen schakelbepalingen, maar aangezien de procedures binnen de wetten zoveel van elkaar verschillen nemen deze veel tijd in beslag. De continuïteit van zorg lijkt dan in gevaar te komen.

² ZonMw, 'Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg', september 2014

³ Brief d.d. 12 juni 2013 kenmerk 122105-104775-LZ

Forensische zorg

Continuïteit van zorg

De samenhang tussen de Wvvggz en Wfz is met de wijzigingen in de laatste nota van wijziging verbeterd. Met name de continuïteit van zorg is beter geborgd. Dit is van belang om de patiënt en zijn zorgbehoefte centraal te stellen. Ongeacht of er sprake is van een forensische titel of een civiele machtiging.

Allereerst zijn regels opgenomen die de informatie-uitwisseling vanuit de zorgaanbieder naar het OM en de reclassering beter regelen (artikel 2.6 Wfz). Ter verbetering van deze regeling zien wij graag dat het tweerichtingsverkeer is; ook de ggz heeft justitiële informatie nodig om de forensische zorg uit te voeren. Te denken valt aan informatie uit het vonnis, de NIFP rapportage, de pro-justitia rapportage of het reclasseringsadvies. Wij verzoeken om aan de wet toe te voegen om dit bij AMvB mogelijk te maken.

Daarnaast zijn wij van mening dat de verplichtingen die de zorgaanbieder worden opgelegd om informatie te delen met het OM en/of de reclassering over het voorkomen van recidive en de advisering over de kans op herhaling van het gedrag het medisch beroepsgeheim onnodig onder druk zet (artikel 2.6 lid 6 Wfz). De patiënt zal tijdens zijn behandeling geen openheid geven vanwege de vrees voor strafrechtelijk optreden. Wanneer de patiënt feiten gaat verzwijgen is een behandeling niet volledig noch effectief. Wij adviseren daarom om aan te sluiten bij de KNMG veldnorm om een geneeskundig oordeel over te laten aan een onafhankelijk verklarend arts in plaats van aan de behandelend professional.

Positief voor de continuïteit van zorg is dat zorgaanbieders verplicht zijn de benodigde nazorg in kaart te brengen. Daarbij merken wij op dat de termijn van zes weken kort is om de overgang van zorg na afloop van de forensische titel te regelen (artikel 2.5 Wfz). De voorzieningen voor deze groep patiënten zijn onvoldoende ingekocht, aanwezig of hebben een lange wachtlijst. Wij zien een rol voor de zorgverzekeraars en gemeenten om voldoende capaciteit voor deze doelgroep in te kopen. Uit het landelijk programma 'continuïteit van zorg' komt voort dat de ministeries van VWS en V&J voornemens zijn om een veldnorm beveiligde zorg en levensloopfunctie te laten ontwikkelen. Deze veldnorm gaat ook over capaciteit en hierin worden wij graag betrokken.

Huisregels

GGZ Nederland juicht toe dat in de wet is opgenomen dat het ook mogelijk is voor forensische patiënten om huisregels op te stellen, passend bij de doelgroep en in het kader van de veiligheid. Wij missen die mogelijkheid nu de Wet Bopz nog van toepassing is, aantoonbaar.

Weigerende observandi

Onze eerdere bezwaren ten aanzien van de bepalingen rondom de weigerende observandi (artikel 37a Wetboek van Strafrecht) blijven onveranderd. Het opvragen van oude behandeldossiers bij weigerende observandi tast het medisch beroepsgeheim aan en zet de behandelrelatie onder druk. Dit kan leiden tot zorgmijding bij een grote groep patiënten, terwijl de regeling rondom de weigerende observandi slechts voor een kleine groep verdachten geldt (max. 35 per jaar). Zorgmijding, denk aan pedoseksuelen die zich niet meer willen laten behandelen, brengt risico's met zich mee die niet opwegen tegen de voordelen van deze regeling. Wij pleiten ervoor om de regeling

van de weigerende observandi niet in werking te laten treden. Voor meer informatie verwijzen we terug naar onze eerdere reactie d.d. [1 oktober 2013](#).

Zorgplicht

De forensische zorg is gekoppeld aan een verplichting voor de ingekochte zorgaanbieder tot het verlenen van deze zorg. GGZ Nederland maakt zich zorgen over de gevolgen als blijkt dat de betreffende zorgaanbieder niet toegerust blijkt te zijn voor het verlenen van die zorg of als dit niet past bij de bestaande productieafspraken. Bijvoorbeeld omdat de problematiek van de patiënt in de praktijk zwaarder blijkt dan vooraf ingeschat.

Ook voorzien wij problemen als de minister niet instemt met de (tijdelijke) overplaatsing, ontslag of verlof en dit volgens de geneesheer-directeur wel wenselijk is. Dit kan tot ontwrichting op de afdeling leiden, wat de kwaliteit van zorg van de andere patiënten in gevaar brengt. Bovendien maken wij ons zorgen over de termijn die de minister neemt voor de toetsing, een verloftoetsing TBS duurt gemiddeld 3-4 weken⁴. In deze periode is de inperking van de grondrechten van patiënt op grond van de Wvggz niet te onderbouwen. Wij pleiten daarom om de continuïteit van zorg te borgen en het professionele oordeel over te laten aan de geneesheer-directeur en de instemmingsplicht van de minister te wijzigen in een informatieverplichting.

Vrijwillig zorg conform de Wgbo

GGZ Nederland stelt zich op het standpunt dat de Wgbo en Wvggz, Wfz of Wzd naast elkaar bestaan. In de nota van toelichting behorende bij de tweede nota van wijziging Wvggz staat dat de Wgbo niet van toepassing is als er sprake is van verplichte zorg conform de Wvggz. Ook zou er geen geneeskundige behandelovereenkomst meer mogelijk zijn omdat er sprake is van verplichte zorg. De kern van de Wvggz is dat verplichte zorg ultimum remedium is. Oftewel vrijwillige zorg is het uitgangspunt. In de praktijk zal het daarom juist vaak voorkomen dat de patiënt, naast de verplichte zorg, ook een behandelovereenkomst voor vrijwillige zorg sluit met de zorgaanbieder. Bijvoorbeeld wanneer de patiënt het niet eens is met een deel van het zorgplan. Of als de forensische patiënt instemt met plaatsing/overbrenging naar een reguliere ggz-instelling. De Wfz (artikel 6.7 Wfz jo. 9.1 Wvggz) geeft aan dat de Wgbo dan de rechtspositie van de forensische patiënt bepaalt. Wij nemen aan dat de eerdere opmerking alleen ziet op het deel van de behandeling waar betrokkene zich tegen verzet. Indien dit niet het geval is, voorzien wij grote problemen in de uitvoerbaarheid.

Jeugdhulp

De gemeente is verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp inclusief de jeugd-ggz en bijbehorende financiering. Discutabel is dat in de wetten rondom verplichte zorg de burgemeester/gemeente een dubbele rol heeft, namelijk als inkoper/financier van de zorg en aan de andere kant als degene die de crisismaatregel oplegt.

Het is onduidelijk hoe ver de beleidsvrijheid van de gemeenten uit de Jeugdwet reikt. Heeft de gemeente de mogelijkheid om in het kader van de Jeugdwet de voorkeuren en wensen van de patiënt in te perken? Te denken valt aan de aard van de zorg of de locatie waar de zorg wordt geboden. In het laatste geval gaan wij ervan uit dat de contractering van de jeugdhulp niet van invloed is op de financiering van de verplichte zorg. Dat wil zeggen dat een zorgmachtiging of crisismaatregel uitgevoerd kan worden bij een erkende Wvggz instelling ongeacht of deze is ingekocht door de gemeente. Indien dit niet het geval is, dan stellen wij ons op het standpunt dat de

⁴ [Jaarverslag Adviescollege verloftoetsing TBS 2016](#)

inperking van de keuzevrijheid niet aansluit bij de doelstellingen en stepped care gedachte van de Wvggz.

Binnen de jeugd-ggz kan de verplichte zorg deel uitmaken van een breder zorgtraject, bijvoorbeeld als er ook sprake is van een hulpverleningsplan in de zin van de Jeugdwet. GGZ Nederland benadrukt dat de samenwerking tussen de jeugdige, de gemeente en de betrokken professionals essentieel is om het zorgplan en het jeugdhulpverleningsplan op elkaar aan te laten sluiten en te voorkomen dat deze plannen tegenstrijdig zijn.

Vertegenwoordiging

De regeling van vertegenwoordiging en wilsonbekwaamheid in de Wvggz en Wzd zijn niet geharmoniseerd en wijken af van de regeling uit de Wgbo en de Jeugdwet. Met name ten aanzien van 16 of 17 jarigen. Wij vinden het wenselijk dat de regeling omtrent vertegenwoordiging in de verschillende wetten (Wgbo, Jeugdwet, Wvggz en Wzd) tijdens de verdere harmonisatie op elkaar worden afgestemd.

Klachtrecht

Het klachtrecht is bedoeld om de rechtsbescherming en de kwaliteit te borgen. In de Wvggz staat een financiële prikkel voor de patiënt om een klacht in te dienen; de klachtencommissie is bevoegd om schadebedragen toe te kennen. Dit is onverstandig en ongewenst. Allereerst omdat de klachtencommissie deze expertise niet in huis heeft. Daarnaast kan het leiden tot een claim- of afrekencultuur of een verzakelijking of verharding van het behandelklimaat. De termijn van 2 tot 4 weken om de schadebedragen af te handelen is niet realistisch. Dit blijkt ook uit de gedragscode behandeling letselschade⁵, die een gemiddelde termijn van 3 maanden stelt. Wij pleiten daarom om de schadevergoedingen via de rechter te laten lopen.

Een patiënt, maar ook een zorgaanbieder, krijgt met diverse klachtbepalingen, instanties en regelingen te maken. Om de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid te bevorderen, de regeldruk te verminderen en de overzichtelijkheid te vergroten stellen wij voor dat voor patiënten die te maken hebben met verplichte zorg de Wkkgz buiten toepassing blijft. Oftewel als sprake is van een zorgmachtiging, crisismaatregel of rechterlijke machtiging en er is sprake van een samengestelde klacht (deels verplichte zorg, deels Wkkgz klacht) volgt de procedure uit de Wvggz of Wzd (en in de FPC's de klachtenregeling op basis van de Bvt).

Wet zorg en dwang

Regelmatig komt het voor dat patiënten wisselen tussen de sectoren psychiatrie en psychogeriatric of verstandelijk gehandicaptenzorg. Het verschil in rechtspositie en procedure is slecht te verklaren en niet uit te leggen aan patiënten. In de Wzd en Wvggz is een bepaling opgenomen die de samenloop van de rechterlijke machtiging conform de Wzd en een zorgmachtiging/crisismaatregel uit de Wvggz beschrijft (artikel 1 lid 6 Wzd en artikel 1:1 lid 3 Wvggz). Dit artikel gaat uit van een rechterlijke machtiging, in de Wzd kan ook ambulante verplichte zorg worden geleverd op basis van het stappenplan. Het is onduidelijk hoe beide wetten zich dan tot elkaar verhouden. Wij verzoeken hierover een toelichting van de bewindslieden.

⁵ [De letselschaderaad, gedragscode behandeling letselschade, 2012](#)

16 mei 2017 Deskundigheidsbijeenkomst Eerste Kamer

Geachte dames en heren,

Dank dat ik hier namens de NVAVG mag spreken.

Als artsen voor verstandelijk gehandicapten oftewel kortweg AVG's hebben wij dagelijks te maken met vrijheidsbeperkingen met en zonder verzet. Een aanzienlijk aantal van ons voert hierbij ook de taken uit van de Bopz-arts genoemd.

Ik ben zelf AVG bij Stichting Zuidwester en voer voor deze organisatie de taken van Bopz-arts uit. Tevens voer ik als Toezichthoudend Bopz-arts deze taken uit bij Stichting Epilepsie Instellingen Nederland en de organisatie Siloah. Als AVG bij de gemeente Rotterdam en het Veiligheidshuis houd ik mij tenslotte bezig met dak- en thuislozen en verwarde personen. Ik zal namens mijn beroepsgroep mijn betoog opdelen in een punt van zorg en positief punt over de aan u voorgelegde wetten met speciale aandacht voor de wet Zorg en Dwang.

Een punt van zorg:

Sterk overlappende groepen zorgbehoevende Nederlanders vallen straks onder verschillende wetten en dit is nadelig voor het zorgproces.

Er is straks op juridisch gebied een duidelijk onderscheid tussen de Wet Zorg en Dwang en de Wet verplichte GGZ maar ook met de wet op de Jeugdzorg en de forensische wetten . Wij verwachten dat bijvoorbeeld overplaatsing maar ook samenwerking tussen de verschillende velden bemoeilijkt wordt.

Sinds begin van deze eeuw, toen de eerste raamwerken van de wet Zorg en Dwang en De Wet verplichte GGZ op papier kwamen, is onze sector sterk veranderd. Die verandering laat zich vooral zien door een sterke toename van bewoners met zwakbegaafdheid en een lichte verstandelijke beperking met vaak ook gedragsproblemen. Een op de vijf nieuwe bewoners in de verstandelijk gehandicaptenzorg is tegenwoordig zwakbegaafd volgens het sociaal cultureel planbureau. Ook binnen de GGZ onderkend men steeds meer het feit dat een groot percentage van de patiënten zwakbegaafd is of een verstandelijke beperking heeft net als bij de forensische zorg. Bij deze grote groep burgers bepaalt soms alleen het lot of ze in de psychiatrie of in de verstandelijk gehandicaptensector belanden. Dat het lot bepaalt onder welke wetgeving je valt lijkt ons volstrekt onacceptabel. De praktijk, met als meest duidelijke voorbeeld de groep verwarde personen, laat keer op keer zien dat juist samenwerking en eenduidigheid tussen de verschillende gebieden voor deze populatie essentieel is.

Ons positieve punt:

De Wet Zorg en Dwang is voor wat betreft de zorgvuldigheid van de rechtsbescherming weer meer in lijn met de WVGZ.

In Rotterdam reed ooit een vuilniswagen rond met de tekst van de Roemeense dissident Mircea Dinescu;” Bescherm mij, heer, voor diegene die het goed met me voorhebben”. Onze patiëntengroep kenmerkt zich door afhankelijkheid van vooral goedbedoelende

medewerkers en familieleden. Bij voorbaat moeten vaak alle risico's worden uitgesloten. Ten eerste kan de bescherming van iemand snel doorslaan zodat iemand ook leerervaringen worden ontzegd waardoor een persoon niet kan groeien in wie hij of zij is. Ten tweede betreft het hier een groep met minder mondige medeburgers die ook minder snel hun ongenoegen zullen uiten via officiële wegen in hun vaak langdurige zeer afhankelijke positie. Wij zijn als NVAVG van mening dat zeker deze meest kwetsbare groep minimaal dezelfde rechtsbescherming verdient als elke andere burger in Nederland en niet juist minder. Een persoon die onafhankelijk, aanspreekbaar, juridisch- en tuchtrechterlijk toetsbaar is voor het toezicht op vrijheidsbeperkingen met verzet is zeker bij deze groep medeburgers onontbeerlijk om vaak goedbedoelde en soms ook vanwege bedrijfstechnische redenen opgelegde vrijheidsbeperkingen te toetsen en tegen te gaan. Subsidiariteit, proportionaliteit en effectiviteit zijn vaak gekleurd door goede wil, bedrijfstechnische motieven en angst voor aansprakelijkheid. Een onafhankelijke toezichthouder is onontbeerlijk om de rechten van diegene die het meest kwetsbaar zijn te borgen. Dat dit een, wat ons betreft gespecialiseerde, arts is komt net als in de WvGGZ voort uit het feit dat het meeste gevaar vaak ontstaat uit een medisch-psychiatrische oorzaak zoals angst, delier of overprikkelingspsychose.

Dat brengt mij tot het einde van dit betoog. Concluderend kunnen wij stellen dat: Zo'n vijftien tot twintig jaar geleden, toen men startte met het inventariseren van de knelpunten in de wet Bopz en met het opzetten van de Wet Zorg en Dwang, de wereld van de verstandelijk gehandicaptenzorg er totaal anders uitzag. Sindsdien is de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking verder geprofessionaliseerd en is de doelgroep veranderd met een veel groter percentage mensen met zwakbegaafdheid en een lichte verstandelijke beperking die juist op de grens zitten tussen psychiatrie en VG. Ons advies kan niet anders zijn dan dat elke uitzondering op de grondwet eenduidig en gelijk moet zijn. Onze patiënten mogen dus niet anders worden behandeld. De NVAVG vindt uiteindelijk dat er 1 wet zou moeten zijn die onvrijwillige opname en vrijheidsbeperkingen binnen die opname regelt voor elke burger om juiste zorg en eenduidige rechtsbescherming te bieden. Hiermee wil ik mijn betoog afsluiten. Dank u wel.

Michiel Vermaak
Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

Deskundigenbijeenkomst Gedwongen zorg

Eerste Kamer der Staten-Generaal

Dinsdag 16 mei 2017

Allereerst dank voor de gelegenheid tot het geven van een toelichting en mijn visie op de aanhangige voorstellen Wet Zorg en Dwang in relatie tot het wetsvoorstel Verplichte GGZ en het wetsvoorstel Forensische Zorg. Ik zal mij, gezien mijn ervaring en kennis hierover, in het bijzonder richten op de wet Zorg en Dwang, mede in verhouding tot de huidige wet Bopz. Ik deel graag met u mijn conclusie op dit moment en mijn aanbeveling op dit punt. Mijn invalshoek daarbij is nu vooral de rechtmatigheid en uitvoerbaarheid. Mijn naam is Roy Knuiman, ik ben jurist, werk als jurist en beleidsadviseur gezondheidsrecht voor Verenso en op dossiers de KNMG. Ik heb op het onderwerp BOPZ, Wet Zorg en Dwang en elementen daarvan gepubliceerd, onder meer in Medisch Contact, Journaal GGZ en Recht en het Nederlands Juristenblad NJB. Daarnaast geef ik scholing o.a. op het gebied van de wet Bopz en de Wet Zorg en Dwang.

Ik zal komen met twee conclusies en daar –zoveel mogelijk binnen de beperkte tijd- mijn onderbouwing bij geven. De Wet Zorg en Dwang kent inmiddels al een lange ontstaansgeschiedenis. De eerste contouren dateren al van 2005/2006 en de oorsprong/aanbeveling om twee aparte wetten te ontwikkelen om de BOPZ te vervangen dateert al van zo'n 15 jaar geleden: de 2^e evaluatie van de wet BOPZ.

Mijn eerste conclusie is dat naar mijn oordeel één wettelijke regeling voor gedwongen behandeling en vrijheidsbeperking voor alle sectoren (GGZ, PG en VG) nastreving verdient, aangezien de argumenten die golden ten tijde van de 2^e evaluatie en die aangevoerd werden om tot 2 aparte wetten te komen, in elk geval deels door de praktijk zijn ingehaald. Tussen de patiënten die verblijven en behandeld worden in de GGZ, PG en VG bestaat grote en toenemende overlap. Sinds 1 januari 2015 komen psychiatrische patiënten na drie jaar verblijf in de GGZ onder de Wet Langdurige Zorg te vallen. Dat legt een grote druk op verpleeghuizen, de PG en VG sectoren. Oudere psychiatrische patiënten met complexe psychische en somatische problematiek worden steeds vaker in het verpleeghuis opgenomen. Daarnaast zijn ook in de PG specifieke patiëntendoelgroepen met GGZ gerelateerde problematiek. Denk aan mensen met Korsakov en Huntington. De drie sectoren zijn dus naar elkaar toegegroeid en de argumenten voor het maken van twee aparte wetten zijn daarmee niet langer opportuun. Daarnaast zou ik willen betogen dat het anders georganiseerd zijn van de PG en VG en de stelling dat mensen met PG en VG problematiek een andere benadering of behandeling behoeven, niet relevant is bij het hebben van een wettelijke regeling inzake vrijheidsbeperking. Daarbij staat immers een goede en uniforme rechtsbescherming voor patiënten voorop, ongeacht hun problematiek of sector waarin zij wonen. Dat vloeit ook voort uit het door Nederland geratificeerde VN verdrag ter bescherming van mensen met een beperking.

Dat gezegd zijnde, liggen nu wel de voorstellen voor, waaronder het wetsvoorstel Zorg en Dwang en de Wvvgg. Die voorstellen hebben veel tijd en veel inspanningen gevergd van de ministeries, het parlement en de veldpartijen. Inhoudelijk constateer ik daarbij dat er uiteindelijk wel degelijk geluisterd is naar aanbevelingen van veldpartijen, maar vooral ook van de commissie thematische

wetsevaluatie gedwongen zorg en de Raad van State. Daarbij zie en constateer ik dat er wel degelijk harmonisaties zijn doorgevoerd en verschillen in rechtsbescherming zijn weggenomen, waardoor de rechtsbescherming voor cliënten in elk geval gelijkwaardiger is geworden. Zeker nog niet perfect, ik heb daar ook in het verleden in publicaties op verschillende onderdelen kritiek op geuit, maar perfect zullen we het naar mijn stellige overtuiging niet krijgen, ook niet met 1 wettelijke regeling. De uniforme klachtenregeling, de Wzd-arts en de harmonisatie van criteria zijn door de Tweede Kamer met ruime meerderheid aangenomen en zijn juist bedoeld om een gelijkwaardige rechtspositie en rechtsbescherming voor patiënten te waarborgen, ongeacht waar zij wonen. Ook nu al wordt in de PG en VG gewerkt met Bopz-artsen om de geneesheer-directeurfunctie vorm te geven. Het kan niet zo zijn dat op dat punt de rechtsbescherming minder wordt ten opzichte van de huidige wet en het toezicht op vrijheidsbeperking vrijblijvender geregeld wordt. Daarmee kom ik tot mijn tweede conclusie. Ik ben van oordeel dat we de inspanningen en goede elementen van de aanhangige wetsvoorstellen niet teniet moeten doen en pleit er daarom voor de wetsvoorstellen aan te nemen onder drie duidelijke voorwaarden:

1. Nadat de WZD en de Wvggz zijn aangenomen, vindt een nader af te spreken korte evaluatieperiode van de wetten plaats waarbij de uitvoerbaarheid, maar ook de onderlinge verhouding tussen beide wetten in kaart wordt gebracht.
2. Er vindt een onderzoek plaats naar de haalbaarheid en inhoud van één wettelijke regeling.
3. Zorgvuldige invoering van de wetten, waarbij eventuele obstakels voor de uitvoerbaarheid zoveel mogelijk worden weggenomen: Voorafgaande aan de inwerkingtreding van de wetten vindt er een implementatieperiode plaats waarin het veld en de professionals de gelegenheid en middelen krijgen hun instrumenten te ontwikkelen of aan te passen aan de aangenomen wetten. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van het al bestaande landelijke model taakbeschrijving Bopz-arts van Verenso en NVAVG, voor de Wzd-arts en van reeds ontwikkelde scholing.

mr R.B.J. Knuiman

Verenso, 16 mei 2017

Position Paper Wet Verplichte GGz

Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de Nederlandse GGz, zoals dwangopnames, fixatie en separatie, staat al lang ter discussie. Een groot deel van de mensen houdt zelfs een traumatische ervaring over aan de dwangzorg. Hierdoor is het voorstelbaar dat meningen van cliënten en familieleden ten aanzien van verplichte zorg niet altijd met elkaar in lijn liggen. Lees bijvoorbeeld [deze brief¹](#) van bezorgde burgers die in het verleden als ‘verward’ zijn bestempeld. Of de ervaringen en visie van de actiegroep “tekeer tegen de isoleer”. MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid verwacht enorm veel inzet van zorgaanbieders om de alternatieven die voor dwang bestaan toe te passen en dwang te voorkomen, zoals gastvrije zorg, bemoeizorg en respijtzorg. Ook van de overheid verwachten wij veel van haar belofte dat de nieuwe wet meer gericht is op het voorkómen van verplichte zorg en het kiezen voor minder dwang. Genoeg beschikbare vrijwillige zorg, aanvaardbare wachttijden en genoeg ambulante zorg en begeleiding aan huis is nodig om deze belofte waar te maken.

MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGz) staat positief tegenover een aantal uitgangspunten van de Wet verplichte GGz (Wvvgz). De rechter besluit welke vorm van dwang mag worden toegepast, terwijl hij nu alleen beslist over het gedwongen opnemen van een persoon. Familie krijgt voor het eerst een volwaardige juridische positie en ook de familievertrouwenspersoon krijgt een wettelijke status. Bovendien mogen cliënten en familie/naasten een eigen plan van aanpak opstellen om verplichte zorg af te wenden. MIND Landelijk Platform is blij dat de observatiemaatregel uit de Wvvgz verwijderd is. Het doel van deze maatregel was nauwelijks gericht op de zorgvraag van de cliënt, maar vooral op handhaving van de openbare orde.

We plaatsen echter wel kritische kanttekeningen bij belangrijke onderdelen van het wetsvoorstel. Een belangrijke doelstelling van de wet was om rechtspositie van de betrokkene te versterken. Hiertoe zijn een aantal punten verbeterd. Echter, door het verwijderen van de multidisciplinaire commissie en het niet honoreren van wilsbekwaam verzet maakt deze nieuwe wet zijn belofte niet waar. Ook zijn we niet gelukkig met harmoniseren van een aantal begrippen met de Wet zorg en dwang. Hieronder werken we onze vijf punten uit:

1. Onafhankelijk en zorgvuldig advies aan de rechter

In de onafhankelijkheid van het advies aan de rechter zien we een stap terug in de rechtsbescherming van de cliënt. In de tweede Nota van wijziging is de centrale verzoekersrol bij een zorgmachtiging weer bij het openbaar ministerie belegd, zoals dat ook onder de wet Bopz het geval is. Daarbij krijgt de officier van justitie (OvJ) een actieve rol toebedeeld. De OvJ is eindverantwoordelijke voor het proces en de geneesheer-directeur is eindverantwoordelijk voor de zorginhoud. Deze wijziging zorgt ervoor dat een onafhankelijke toets plaatsvindt op de rechtmatigheid van het verzoek. Voor deze toets heeft het LPGGz afgelopen jaren nadrukkelijk gepleit. Nu deze rol opnieuw bij het OM is belegd zijn wij er bezorgd over of het OM voldoende wordt toegerust om de rechtsbescherming van betrokkene centraal te stellen. Gaat de OvJ daadwerkelijk actief onderzoeken of alle alternatieven zijn uitgeput en of de maatregel proportioneel is ten aanzien van het gevaar? Onder de wet Bopz blijkt immers dat de OvJ zich in het algemeen terughoudend opstelt in de bescherming van betrokkene.

Een centraal punt van het wetsvoorstel is het persoonsvolgende karakter van de te verlenen verplichte zorg. Hierbij kunnen cliënten ook thuis verplichte zorg krijgen en is opname in een instelling niet altijd nodig. Het medische deel van het verzoekschrift komt echter niet op onafhankelijke wijze tot stand. Gezien de regionale functie die veel instellingen voor ggz hebben, is het goed denkbaar dat de deskundigen (zorgverantwoordelijke,

¹ <http://www.madpride.nl/schrijfsels/kamerbrief-verplichte-ggz-eerste-kamer/>

verklarend psychiater en geneesheer-directeur) allen in dienst zijn bij dezelfde zorgaanbieder. Bovendien wordt het aanwijzen en ontslaan van de geneesheer-directeur aan de zorgaanbieder overgelaten, en is de bescherming tegen ongewenste invloeden (w.o. tunnelvisie) niet geborgd in het wetsvoorstel. Aangezien de rechter zelf geen medische kennis beschikt, staat de onafhankelijkheid van het advies ter discussie.

De memorie van toelichting (MvT) spreekt over een zorgvuldige voorbereiding van de beslissing tot verplichte zorg zodat de rechtspositie van de cliënt versterkt wordt. Op dit moment zien wij dit niet gewaarborgd in het wetsvoorstel. Het opnieuw introduceren van een multidisciplinaire commissie die het advies voorbereidt zou daadwerkelijk voorzien in een onafhankelijk en zorgvuldig advies aan de rechter. Een alternatief zou zijn om de functie van de Geneesheer-Directeur uit de instelling te halen en in dienst brengen bij de overheid. Gelijk aan hoe de GGD, via de Wet Publieke Gezondheid, de inhoudelijke adviestaak heeft toegewezen gekregen.

2. Verlaging van de drempel tot verplichte GGz

In de tweede nota van wijziging (NvW) koos de wetgever voor het criterium 'ernstig nadeel'. Dit gebeurde in het licht van de harmonisatie met de Wet zorg en dwang waarin dit begrip al is opgenomen. In het oorspronkelijke voorstel betrof het nog het criterium 'schade'. In de toelichting van de wet staat beschreven dat met de term 'ernstig nadeel' geen materiële uitbreiding is beoogd ten opzichte van het oorspronkelijke wetsvoorstel. Evenmin is een materiële uitbreiding beoogd ten opzichte van de toepassing van het huidige gevaarcriterium onder de Wet Bopz. Met de harmonisatie van het criterium, brengt de minister echter een aantal elementen onder de reikwijdte van het criterium die daar voorheen niet onder vielen. Onder de Wet zorg en dwang werd juist wél beoogd om met het nadeelcriterium op diverse punten een expliciete uitbreiding van de toepassing van het gevaarcriterium uit de Wet Bopz te bereiken. In de MvT van de Wet zorg en dwang worden deze elementen expliciet benoemd als beoogde uitbreiding van het gevaarscriterium van de Wet Bopz die 'op de doelgroep [is] afgestemd' (kst 31996 stuknr. 3, pag. 20).

Zo spreekt die MvT onder meer over 'gevolgen op langere termijn' als gevolg van verlies van regie, en wordt er gewezen op "decorumverlies" als mogelijke oorzaak voor ernstig nadeel. Verder wordt voor deze doelgroepen "ernstige eenzaamheid of depressie" gedefinieerd als vorm van "ernstige verwaarlozing", en ook "grensoverschrijdend (seksueel) gedrag" expliciet onder het criterium gebracht. Ten slotte wordt als "belangrijke toevoeging" aan het gevaarscriterium genoemd dat negatieve "invloeden van buitenaf" onder het nadeelcriterium kunnen vallen. Al deze punten zijn met de harmonisatie ook terecht gekomen in het nadeelcriterium van de Wvvggz, welke dus voor een andere doelgroep bedoeld is.

De begrippen van de Wet zorg en dwang die gebruikt werden om deze uitbreidingen te verwoorden, zijn nu ook in de Wvvggz opgenomen in de definitie van ernstig nadeel. Hiermee een nadeelcriterium geschept dat wel degelijk in een materiële uitbreiding ten opzichte van het gevaarscriterium voorziet.

3. Wilsbekwaam verzet

In de Thematische Wetsevaluatie Gedwongen Zorg wordt de aanbeveling gedaan om de tekst van het wetsvoorstel zodanig te wijzigen dat daarin wordt vastgelegd dat wilsbekwaam verzet moet worden gerespecteerd indien de psychische stoornis van de patiënt alleen een aanmerkelijke kans op schade voor de betrokkene zelf veroorzaakt. De Tweede NvW van de Wvvggz maakt het echter nog steeds mogelijk om gedwongen zorg te verlenen op basis van een psychische stoornis bij een wilsbekwaam persoon. Dit is een belangrijk onderscheid met de rechtspositie van somatische patiënten, op wie enkel gedwongen zorg kan worden gepleegd indien sprake is van gebleken wilsonbekwaamheid. Belangrijk hierbij is het recent in werking getreden VN-verdrag inzake de rechten van mensen met een beperking, dat zowel over

handelingsbekwaamheid als over vrijheidsbeneming nadrukkelijk vastlegt dat het op gelijke voet met anderen dient te worden toegekend resp. te geschieden (art. 12 lid 2 & 14 lid 2 CRPD). Het is gerechtvaardigd dat er een onderscheid wordt aangebracht tussen wilsbekwame en wilsonbekwame personen.

4. Familie toerusten bij implementatie van de wet

De overheid geeft momenteel aandacht aan hoe de Wvggz ingevoerd gaat worden en wat dit bijvoorbeeld voor ICT-gevolgen heeft. De belangrijkste plek waar de druk van de nieuwe wet gevoeld gaat worden is echter de omgeving van de cliënt. Had een opname onder de BOPZ als neveneffect dat familie en naasten op adem konden komen, met de komst van de Wvggz is dat nog maar de vraag. Bij een ambulante behandeling zullen zij juist de belangrijkste steunpilaar zijn en blijven in de opvang en het herstel van de betrokkene. Er zijn maatregelen en garanties nodig om ervoor te zorgen dat de naasten die rol ook kunnen spelen en er niet vervolgens zélf aan onderdoor zullen gaan. Als die groep niet wordt gefaciliteerd worden de drama's groter in plaats van kleiner. Om te zorgen voor adequate ondersteuning is hiervoor een apart programma op zijn plaats zodat familieleden en naasten kunnen worden getraind om hun rol binnen de triade van behandelaar, cliënt en naaste in deze cruciale fase goed op te pakken.

5. Ervaringen van cliënten en familieleden in beeld brengen

Steeds meer mensen met psychiatrische aandoeningen worden onder dwang behandeld en opgenomen. Het totaal aantal BOPZ maatregelen is in de periode van 2002 t/m 2015 toegenomen van 12.612 tot 24.338, een toename van 93% (bron: Raad voor de Rechtspraak). Op dit moment ontbreekt het aan goede registratie van toepassing van dwang. Uit oud onderzoek weten we dat er grote regionale verschillen bestaan in het aantal BOPZ maatregelen. De cijfers worden echter alleen op landelijk niveau verzameld en zijn niet gericht op ambulante dwang. Goede registratie van (de redenen van) de toepassing van dwang, zowel extra- als intramuraal, en op regionaal zowel als op landelijk niveau zijn cruciaal. Deze data moeten goed verzameld worden, maar bovendien publiek ontsloten worden zodat we kunnen zien of deze wet zijn belofte waarmaakt en daarmee leidt tot minder dwang. Het is bovendien noodzakelijk om bij de invoering van de Wvggz jaarlijks specifiek te monitoren hoe de beleving en ervaringen van patiënten zich ontwikkelen (motie Dijkstra 32399) en hier jaarlijks over te rapporteren. Een onderdeel van de toetsing moet zijn of dwang daadwerkelijk als ultimum remedium is ingezet.

Tot slot

Het doel van de Wvggz moet zijn om mensen in een zeer kwetsbare en moeilijke situatie de zorg te geven waar zij recht op hebben. De beste manier om daarvoor te zorgen is te voorkomen dát mensen in aanmerking komen voor dwangbehandeling. Met preventie, vroegsignalering en goede (bemoei)zorg. Maar ook met laagdrempelige en toegankelijke voorzieningen, zonder wachtlijsten. Door te investeren in een persoonsgerichte, integrale aanpak op alle levensgebieden worden (ernstiger) acute problemen, herhaling of terugval voorkomen. Als toch tot vrijheidsbeperking en dwangtoepassing wordt overgegaan, dan moet de rechtspositie zijn gegarandeerd.



Wetgevers: Regel zorg, in plaats van dwang!

Het wetsvoorstel Verplichte GGZ is niet uitvoerbaar, is niet in overeenstemming met de (juridische) grondbeginselen, en biedt geen oplossing voor de maatschappelijke problemen van vandaag.

WVGGZ is gebaseerd op achterhaalde uitgangspunten en voldoet niet aan de eisen van deze tijd:

WVGGZ is in strijd met het VN-Verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen (CRPD) ^{1 2 3 4 5 6 7 8 9} (zie ook Bijlage 1 en 2).

WVGGZ gaat over het organiseren van onwenselijke “oplossingen” hetgeen moreel onjuist is.

Wat nodig is, is goede zorg, geen dwang.

Dwang is geen zorg^{10 11}. Dwang draagt niet bij aan welzijn, herstel of veiligheid, maar is traumatisch en leidt tot meer problemen, risico's en onveiligheid¹². Echte veiligheid is de afwezigheid van strijd.

Gevaarlijk gedrag is geen medisch probleem, maar een sociaal probleem. Elke reactie heeft een oorzaak. Wat iemand nodig heeft is persoonlijk. Goede zorg ziet de mens achter het gedrag.

Welzijn kan hersteld worden, ook in noodsituaties. Contact, de-escalatie en herstel-ondersteuning vergen echter meer aandacht, vaardigheden en mogelijkheden dan dwangtoepassing.

Dwang wordt gebruikt uit onmacht, als primitieve ‘gewoonte’ bij een voortdurend zorg-tekort.

Dwang ondermijnt het vertrouwen dat nodig is voor een goede zorgrelatie, en belemmert zorg.

Dwang “als laatste redmiddel” lost niets op, en leidt tot toename van dwang. Dwang dient ook onder de wet BOPZ vermeden te worden^{13 14}, echter dwangtoepassing neemt nog elk jaar toe met als argument: een gebrek aan alternatieven (lees: een gebrek aan goede zorg c.q. eerste redmiddelen).

Zorgtekorten zijn geen legitieme rechtvaardiging voor beperking van rechten of vrijheden.

Goede zorg maakt dwang overbodig¹⁵, maar **WVGGZ lost het zorgtekort niet op**^{16 17}.

WVGGZ verandert de besluitvormingsprocedure, maar gaat niet over het zorgaanbod in de praktijk.

Zorgtekorten in combinatie met de mogelijkheid om dwang toe te passen, belemmeren het aanbod en de ontwikkeling van goede zorg in crisissituaties.

Goede zorg in crisissituaties is mogelijk mits hierin geïnvesteerd wordt.

Dwang is een overblijfsel uit het verleden, en is geen evidence-based middel, maar toch is dit primitieve middel tot op heden niet uitgebannen.

Humane dwangtoepassing bestaat niet. Er is een fundamenteel verschil tussen dwang en zorg.

WVGGZ biedt geen verbeterde rechtspositie voor cliënten.

Wetten die dwang faciliteren, maken cliënten in de praktijk rechteloos¹⁸; Er is geen bescherming van de persoon, beschadigende praktijken zijn ‘toegestaan’, ‘voldoen aan de norm’ en worden op grote schaal gefaciliteerd door de huidige wetgeving, hetgeen vervolgens de toegang tot rechtspraak verhindert. Succesvol klagen over een behandeling is vrijwel onmogelijk^{19 20 21}. WVGGZ biedt vanwege de verruimde dwangmogelijkheden zelfs minder rechtsbescherming dan de Wet BOPZ.

WVGGZ faciliteert het tegenovergestelde van bescherming en zorg: namelijk de ontneming van fundamentele rechten en vrijheden, het uitvoeren van beschadigende praktijken, en grove nalatigheid inzake het voorzien in goede zorg.

Wat nodig is, is zorg, geen dwang. WVGGZ biedt geen oplossing.

De oplossing is vervanging van WVGGZ door **een nieuw wetsvoorstel in lijn met het VN-Verdrag**, gericht op het uitbannen van dwang en het realiseren van goede, herstelgerichte zorg en preventie.

Dwang is reeds door alle veldpartijen onwenselijk verklaard²². Alternatieven zijn mogelijk^{23 24 25}.

Voorkomen is beter dan genezen. Er is een groeiend draagvlak voor vernieuwing in de GGZ: van dwang naar zorg^{26 27}, van medisch model naar sociaal model²⁸, van klinisch naar ambulante²⁹. Goede zorg is duurzamer, kosten-efficiënter en verbetert de kwaliteit van leven voor alle betrokkenen.

Goede zorg is een mensenrecht³⁰. **Er is geen excuus voor Nederland om de realisatie van goede, dwangvrije zorg na te laten of uit te stellen.** WVGGZ moet van tafel. Een andere wereld is mogelijk!

Wetgevers: Regel zorg, in plaats van dwang!³¹



Lijst met bronnen en referenties:

¹ [Artikel : Waarom gedwongen GGZ behandeling verboden moet worden](#) (tevens in bijlage 2)

² Referenties: [UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities \(CRPD\)](#)

[CRPD General Comment no. 1 on CRPD article 12 Equal Recognition before the law](#)

[CRPD Guidelines on CRPD article 14 Liberty and Security of Person](#) (tevens in bijlage 1)

[CRPDs database of Concluding Observations](#)

³ NB. de interpretatieve verklaringen bij ratificatie mogen niets afdoen aan de oorspronkelijke rechten onder het VN-Verdrag, het is immers geen "reservation". Alle rechten onder het VN-Verdrag dienen volledig gerealiseerd te worden.

⁴ Pagina 8 van [Advies van het College voor de Rechten van de Mens over de wetsvoorstellen ter ratificatie van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap \(CRPD\)](#)

⁵ [Artikel: Nederlandse ratificatie-wet op gespannenvoet met VN-Verdrag artikel 14](#)

⁶ [Oproep van 2 Speciale VN-rapporteurs "Dignity must prevail – an appeal to do away with non-consensual psychiatric treatments" World Mental Health Day, 10 October 2015](#)

⁷ [A/HRC/22/53 Special Rapporteur on Torture, Juan E Mendez, Torture in health care settings \(2013\)](#)

⁸ Communicatie aan de Nederlandse Staat door de Speciale VN-Rapporteur inzake Marteling en andere Wrede, Inhumane of Onterende Behandeling of Bestrafing en de Speciale VN-Rapporteur inzake het Recht van Iedereen op het Genot van de Hoogst Haalbare Standaard van Fysieke en Geestelijke Gezondheid, okt 2013: AL Health (2002-7) G/SO 214 (53-24) NLD 2/2013, [https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public_-_AL_Netherlands_08.10.13_\(2.2013\).pdf](https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public_-_AL_Netherlands_08.10.13_(2.2013).pdf)

⁹ [CAT/C/NLD/CO/5-6, UN Committee Against Torture Concluding Observations on the Netherlands](#)

¹⁰ Het ultimatum-remedium-beginsel uit wet BOPZ illustreert dat dwang geen therapeutische waarde heeft.

¹¹ [Opsluiten is geen zorg, een verslag van 3 jaar werkgroep Dwang en Drang, LPGGZ 2007](#)

¹² Persoonlijke verklaring: ["16 jaar oud, depressief en gemarteld in de psychiatrie – Een verklaring van een slachtoffer van mishandeling en marteling door gedwongen psychiatrie"](#)

¹³ Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet BOPZ)

¹⁴ 1991, WHO, Principles for the protection of persons with mental illness (MI-principles) / Anno 2016 promoot ook de WHO het VN-Verdrag (CRPD) dmv [WHO Quality Rights Project "Addressing a hidden emergency"](#)

¹⁵ Rapport: [Best practices rondom dwangreductie in de GGZ](#) 2011

¹⁶ Zie: Aanhoudende kritiek ook na Derde Nota van Wijziging WVGZ: [Manifest 5 Dwang is geen oplossing maar een probleem, een uitgebreide analyse van Wetsvoorstel Verplichte GGZ, wet BOPZ, en het VN-Verdrag CRPD](#)

¹⁷ [Reactie Mind Rights op Wetsvoorstel Verplichte GGZ \(Tweede Nota van Wijziging, oktober 2015\)](#)

¹⁸ Publicatie JGZZR 6-7, 2013, [Herstel de depressie in het cliëntenrecht](#)

¹⁹ Rechtelooheid is o.a. beschreven in: Persoonlijke verklaring ["16 jaar oud, depressief en gemarteld in de psychiatrie – Een verklaring van een slachtoffer van mishandeling en marteling door gedwongen psychiatrie"](#)

²⁰ Rechtelooheid wordt o.a. geïllustreerd door de negatieve reactie van Nederlandse Staat (Dec 2013) op communicatie van de Speciale VN-Rapporteur inzake Marteling en andere Wrede, Inhumane of Onterende Behandeling of Bestrafing en de Speciale VN-Rapporteur inzake het Recht van Iedereen op het Genot van de Hoogst Haalbare Standaard van Fysieke en Geestelijke Gezondheid d.d. okt 2013 [https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/Netherlands_05.12.13_\(2.2013\).pdf](https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/Netherlands_05.12.13_(2.2013).pdf)

²¹ Rechtelooheid van cliënten blijkt ook uit ervaringen van vele anderen (bron [Stichting Mind Rights](#) e.a.)

²² [Intentieverklaring GGZ: preventie van dwang in de GGZ](#) 2011

²³ [Dwang en Drang in de psychiatrie, een verkenning, Eindrapportage Dwang en Drang, LPGGZ 2009](#)

²⁴ [High en Intensive Care in de psychiatrie \(HIC-psy.nl\)](#)

²⁵ [Engelstalig artikel over de inzet van Eigen Kracht-conferenties ter voorkoming van dwang "Experience based development of the Eindhoven Model"](#)

²⁶ [Dolhuys-manifest: Nederlandse GGZ separeer-vrij!](#)

²⁷ Petitie van Stichting Mind Rights, Stichting Perceval e.v. a. aan de commissie VWS d.d. 31 oktober 2016: [Wetgevers Regel zorg, in plaats van dwang!](#)

²⁸ Prof. Jim van Os, [Schizofrenie bestaat niet](#)

²⁹ [Intensive Home Treatment \(IHT\)](#)

³⁰ Eenieder heeft recht op het genot van de hoogst haalbare standaard van fysieke en geestelijke gezondheid.

³¹ Zie ook de [uitgebreide achtergrondinformatie bij de petitie: Wetgevers Regel zorg, in plaats van dwang!](#)

- **Bijlage 1 : CRPD Guidelines on CRPD article 14 Liberty and Security of Person** - Origineel te vinden via: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx> (link halverwege de pagina)
- **Bijlage 2 : Artikel: Waarom gedwongen GGZ behandeling verboden moet worden**



Committee on the Rights of Persons with Disabilities

Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities

The right to liberty and security of persons with disabilities

Adopted during the Committee's 14th session, held in September 2015

I. Introduction

1. Since the Committee on the Rights of Persons with Disabilities (hereinafter, the Committee) adopted a statement on article 14 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (hereinafter, the Convention), in September 2014, (CRPD/C/12/2, Annex IV), some United Nations bodies as well as inter-governmental processes have developed guidelines on the right to liberty and security as well as on the treatment of prisoners, which make reference to the deprivation of liberty of persons with disabilities. Some regional bodies have also considered adopting additional binding instruments which would allow for involuntary internment and forced treatment of persons with intellectual and psychosocial disabilities. The Committee, on the other hand, has further developed its understanding of article 14 while engaging in constructive dialogues with several States parties to the Convention.

2. The Committee, being the international monitoring body of the Convention, has adopted these guidelines to provide further clarification to States parties, regional integration organizations, National Human Rights Institutions and national monitoring mechanisms, organizations of persons with disabilities, civil society organizations as well as United Nations agencies, bodies, and independent experts about the obligation of States parties pursuant to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities to respect, protect and guarantee the right of persons with disabilities to liberty and security. These guidelines replace the statement adopted by the Committee on article 14 of the Convention.

II. The right to liberty and security of persons with disabilities

3. The Committee reaffirms that liberty and security of the person is one of the most precious rights to which everyone is entitled. In particular, all persons with disabilities, and especially persons with intellectual disabilities and psychosocial disabilities are entitled to liberty pursuant to article 14 of the Convention.

4. Article 14 of the Convention is, in essence, a non-discrimination provision. It specifies the scope of the right to liberty and security of the person in relation to persons with disabilities, prohibiting all discrimination based on disability in its exercise. Thereby, article 14 relates directly to the purpose of the Convention, which is to ensure the full and equal enjoyment of all human rights and fundamental freedoms by all persons with disabilities and to promote respect of their inherent dignity.



5. This non-discrimination nature of article 14 provides evidence of the close interrelation with the right to equality and non-discrimination (article 5). Article 5(1) recognizes that all persons are equal before and under the law and are entitled to equal protection of the law. Article 5(2) prohibits all forms of discrimination on the basis of disability and guarantees to persons with disabilities equal and effective legal protection against discrimination on all grounds.

III. The absolute prohibition of detention on the basis of impairment

6. There are still practices in which States parties allow for the deprivation of liberty on the grounds of actual or perceived impairment.¹ In this regard the Committee has established that article 14 does not permit any exceptions whereby persons may be detained on the grounds of their actual or perceived impairment. However, legislation of several States parties, including mental health laws, still provide instances in which persons may be detained on the grounds of their actual or perceived impairment, provided there are other reasons for their detention, including that they are deemed dangerous to themselves or others. This practice is incompatible with article 14; it is discriminatory in nature and amounts to arbitrary deprivation of liberty.

7. During the negotiations of the Ad Hoc Committee leading up to the adoption of the Convention there were extensive discussions on the need to include a qualifier, such as “solely” or “exclusively”, in the prohibition of deprivation of liberty due to the existence of an actual or perceived impairment in the draft text of article 14(1)(b). States opposed it, arguing that it could lead to misinterpretation² and allow deprivation of liberty on the basis of their actual or perceived impairment in conjunction with other conditions, like danger to self or others.³ Furthermore, discussions were held on whether to include a provision for periodic review of the deprivation of liberty in the text of draft article 14(2).⁴ Civil society also opposed the use of qualifiers and the periodic review approach.^{5, 6} Consequently, article 14(1)(b) prohibits the deprivation of liberty on the basis of actual or perceived impairment even if additional factors or criteria are also used to justify the deprivation of liberty. The issue was settled in the seventh meeting of the Ad Hoc Committee.

8. The absolute ban of deprivation of liberty on the basis of actual or perceived impairment has strong links with article 12 of the Convention (equal recognition before the law). In its General Comment No. 1, this Committee has clarified that States parties should refrain from the practice of denying legal capacity of persons with disabilities and detaining them in institutions against their will, either without the free and informed consent of the persons concerned or with the consent of a substitute decision-maker, as this practice constitutes arbitrary deprivation of liberty and violates articles 12 and 14 of the Convention.⁷

9. Enjoyment of the right to liberty and security of the person is central to the implementation of article 19 on the right to live independently and be included in the community. This

¹ Impairment in these guidelines is understood as a physical, psycho-social, intellectual or sensory personal condition which may or may not come with functional limitations of the body, mind or senses. Impairment differs from what is usually considered the norm. Disability is understood as the social effect of the interaction between individual impairment and social and material environment as described in Art. 1 UNCRPD

² Ad Hoc Committee, Third Session, Daily summary of discussions, May 26, 2004; Fifth Session, Daily summary of discussions, January 26, 2005

³ Ibid. Fifth Session, Daily summary of discussions, January 26, 2005

⁴ Originally, the provision was in article was 10(2)(c)(ii) of the draft.

⁵ Ad Hoc Committee, Fifth Session, Daily summary of discussions, January 27, 2005

⁶ Ad Hoc Committee, Third Session, Daily summary of discussions, May 26, 2004

⁷ CRPD/C/GC/1, para.40



Committee has stressed this relationship with article 19. It has expressed its concern about the institutionalization of persons with disabilities and the lack of support services in the community,⁸ and it has recommended implementing support services and effective deinstitutionalization strategies in consultation with organizations of persons with disabilities.⁹ In addition, it has called for the allocation of more financial resources to ensure sufficient community-based services.¹⁰

IV. Involuntary or non-consensual commitment in mental health institutions

10. Involuntary commitment of persons with disabilities on health care grounds contradicts the absolute ban on deprivation of liberty on the basis of impairments (article 14(1)(b)) and the principle of free and informed consent of the person concerned for health care (article 25). The Committee has repeatedly stated that States parties should repeal provisions which allow for involuntary commitment of persons with disabilities in mental health institutions based on actual or perceived impairments.¹¹ Involuntary commitment in mental health facilities carries with it the denial of the person's legal capacity to decide about care, treatment, and admission to a hospital or institution, and therefore violates article 12 in conjunction with article 14.

V. Non-consensual treatment during deprivation of liberty

11. The Committee has emphasized that States parties should ensure that the provision of health services, including mental health services, are based on free and informed consent of the person concerned.¹² In its General Comment No. 1, the Committee stated that States parties have an obligation to require all health and medical professionals (including psychiatric professionals) to obtain the free and informed consent of persons with disabilities prior to any treatment. The Committee stated that, "in conjunction with the right to legal capacity on an equal basis with others, States parties have an obligation not to permit substitute decision-makers to provide consent on behalf of persons with disabilities. All health and medical personnel should ensure appropriate consultation that directly engages the person with disabilities. They should also ensure, to the best of their ability, that assistants or support persons do not substitute or have undue influence over the decisions of persons with disabilities."¹³

VI. Protection of persons with disabilities deprived of their liberty from violence, abuse and ill-treatment

12. The Committee has called on States parties to protect the security and personal integrity of persons with disabilities who are deprived of their liberty, including by eliminating the use of forced treatment¹⁴, seclusion and various methods of restraint in medical facilities,

⁸ CRPD/C/ESP/CO/1, paras. 35-36; CRPD/C/CHN/CO/1, para. 26; CRPD/C/ARG/CO/1, para. 24; CRPD/C/PRY/CO/1, para. 36; CRPD/C/AUT/CO/1, para. 30; CRPD/C/SWE/CO/1, para. 36; CRPD/C/CRI/CO/1, para. 30; CRPD/C/AZE/CO/1, para. 29; CRPD/C/ECU/CO/1, para. 29; CRPD/C/MEX/CO/1, para. 30.

⁹ Ibid.

¹⁰ CRPD/C/CHN/CO/1, para. 26; CRPD/C/AUT/CO/1, para. 31; CRPD/C/SWE/CO/1, para. 36.

¹¹ CRPD/C/KOR/CO/1, para. 29; CRPD/C/DOM/CO/1, para. 27; CRPD/C/AUT/CO/1, para. 30.

¹² CRPD/C/ECU/CO/1, para. 29 d); CRPD/C/NZL/CO/1, para. 30; CRPD/C/SWE/CO/1, para. 36.

¹³ CRPD/C/GC/1, para. 41.

¹⁴ CRPD/C/PER/CO/1, paras. 30 and 31; CRPD/C/HRV/CO/1, para. 24; CRPD/C/TKM/CO/1, para. 32; CRPD/C/DOM/CO/1, para. 31; CRPD/C/SLV/CO/1, paras. 33-34; CRPD/C/SWE/CO/1, paras. 37-38.



including physical, chemical and mechanic restrains.¹⁵ The Committee has found that these practices are not consistent with the prohibition of torture and other cruel, inhumane or degrading treatment or punishment against persons with disabilities pursuant to article 15 of the Convention.

VII. Deprivation of liberty on the basis of perceived dangerousness of persons with disabilities, alleged need for care or treatment, or any other reasons.¹⁶

13. Throughout all the reviews of State party reports, the Committee has established that it is contrary to article 14 to allow for the detention of persons with disabilities based on the perceived danger of persons to themselves or to others. The involuntary detention of persons with disabilities based on risk or dangerousness, alleged need of care or treatment or other reasons tied to impairment or health diagnosis is contrary to the right to liberty, and amounts to arbitrary deprivation of liberty.

14. Persons with intellectual or psychosocial impairments are frequently considered dangerous to themselves and others when they do not consent to and/or resist medical or therapeutic treatment. All persons, including those with disabilities, have a duty to do no harm. Legal systems based on the rule of law have criminal and other laws in place to deal with the breach of this obligation. Persons with disabilities are frequently denied equal protection under these laws by being diverted to a separate track of law, including through mental health laws. These laws and procedures commonly have a lower standard when it comes to human rights protection, particularly the right to due process and fair trial, and are incompatible with article 13 in conjunction with article 14 of the Convention.

15. The freedom to make one's own choices established as a principle in article 3(a) of the Convention includes the freedom to take risks and make mistakes on an equal basis with others. In its General Comment No. 1, the Committee stated that decisions about medical and psychiatric treatment must be based on the free and informed consent of the person concerned and respect the person's autonomy, will and preferences.¹⁷ Deprivation of liberty on the basis of actual or perceived impairment or health conditions in mental health institutions which deprives persons with disabilities of their legal capacity also amounts to a violation of article 12 of the Convention.

VIII. Detention of persons unfit to stand trial in criminal justice systems and/or incapable of criminal liability

16. The Committee has established that declarations of unfitness to stand trial or incapacity to be found criminally responsible in criminal justice systems and the detention of persons based on those declarations, are contrary to article 14 of the Convention since it deprives the person of his or her right to due process and safeguards that are applicable to every defendant. The Committee has also called for States parties to remove those declarations from the criminal justice system. The Committee has recommended that "all persons with disabilities who have been accused of crimes and... detained in jails and institutions, without trial, are allowed to defend themselves against criminal charges, and are provided with

¹⁵ CRPD/C/NZL/1, para. 32, CRPD/C/AUS/CO/1, para. 36.

¹⁶ For example, severity of impairment, observation, or prevention as a form of long-term detention

¹⁷ CRPD/C/GC/1, para. 21 and 42



required support and accommodation to facilitate their effective participation”¹⁸, as well as procedural accommodations to ensure fair trial and due process.¹⁹

IX. Conditions of detention of persons with disabilities

17. The Committee has expressed its concerns for the poor living conditions in places of detention, particularly prisons, and has recommended that States parties ensure that places of detention are accessible and provide humane living conditions. More recently, it recommended “that immediate steps are [to be] taken to address the poor living conditions in institutions.”²⁰ This Committee has recommended that States parties establish legal frameworks for the provision of reasonable accommodation that preserve the dignity of persons with disabilities, and guarantee this right for those detained in prisons.²¹ It has also addressed the need to “[p]romote training mechanisms for justice and prison officials in accordance with the Convention’s legal paradigm”.²²

18. While developing its jurisprudence under the Optional Protocol to the Convention²³, the Committee has affirmed that, under article 14(2) of the Convention, persons with disabilities deprived of their liberty have the right to be treated in compliance with the objectives and principles of the Convention, including conditions of accessibility and reasonable accommodation. The Committee has recalled that States parties must take all relevant measures to ensure that persons with disabilities who are detained may live independently and participate fully in all aspects of daily life in their place of detention, including ensuring their access, on an equal basis with others, to the various areas and services, such as bathrooms, yards, libraries, study areas, workshops and medical, psychological, social and legal services. The Committee has stressed that a lack of accessibility and reasonable accommodation places persons with disabilities in sub-standard conditions of detention that are incompatible with article 17 of the Convention and may constitute a breach of article 15(2).

X. Monitoring of detention facilities and review of detentions

19. The Committee has stressed the necessity to implement monitoring and review mechanisms in relation to persons with disabilities deprived of their liberty. Monitoring existing institutions and review of detentions do not entail the acceptance of the practice of forced institutionalization. Article 16(3) of the Convention explicitly requires monitoring of all facilities and programmes that serve persons with disabilities in order to prevent all forms of exploitation, violence and abuse, and article 33 requires that States parties establish a national independent monitoring mechanism and ensure civil society participation in monitoring (paras. 2 and 3). Review of detentions must have the purpose of challenging the arbitrary detention and obtain immediate release, in no case it should allow for the extension of the arbitrary detention.²⁴

¹⁸ CRPD/C/AUS/CO/1, para. 30.

¹⁹ CRPD/C/MNG/CO/1, para. 25, CRPD/C/DOM/CO/1, para. 29 a), CRPD/C/CZE/CO/1, para. 28, CRPD/C/HRV/CO/1, para. 22, CRPD/C/DEU/CO/1, para. 32, CRPD/C/DNK/CO/1, para. 34 and 35, CRPD/C/EUCO/1, para. 29 b), CRPD/C/KOR/CO/1, para. 28, CRPD/C/MEX/CO/1, para. 27, CRPD/C/NZL/CO/1, para. 34

²⁰ CRPD/C/HRV/CO/1, para. 24

²¹ CRPD/C/COK/CO/1, para. 28 b), CRPD/C/MNG/CO/1, para. 25, CRPD/C/TKM/CO/1 para. 26 b), CRPD/C/CZE/CO/1, para. 28, CRPD/C/DEU/CO/1, para. 32 c), CRPD/C/KOR/CO/1, para. 29, CRPD/C/NZL/CO/1, para. 34, CRPD/C/AZE/CO/1, para. 31, CRPD/C/AUS/CO/1, para. 32 b), CRPD/C/SLV/CO/1, para. 32

²² CRPD/C/MEX/CO/1, para. 28

²³ CRPD/C/11/D/8/2012

²⁴ CRPD/C/KOR/CO/1, para. 26



XI. Security measures

20. This Committee has addressed security measures imposed on persons found not responsible due to “insanity” and incapacity to be held criminally responsible. This Committee has also recommended eliminating security measures,²⁵ including those which involve forced medical and psychiatric treatment in institutions.²⁶ It has also expressed concern about security measures that involve indefinite deprivation of liberty and absence of regular guarantees in the criminal justice system.²⁷

XII. Diversion mechanisms and restorative justice schemes

21. The Committee has stated that deprivation of liberty in criminal proceedings should only apply as a matter of last resort and when other diversion programmes, including restorative justice, are insufficient to deter future crime.²⁸ Diversion programmes must not involve a transfer to mental health commitment regimes or require an individual to participate in mental health services; such services should be provided on the basis of the individual's free and informed consent.²⁹

XIII. Free and informed consent in emergency and crisis situations

22. In its General Comment No. 1, the Committee states that States parties must respect and support the legal capacity of persons with disabilities to make decisions at all times, including in emergency and crisis situations. States parties must ensure that support is provided to persons with disabilities, including in emergency and crisis situations, and “accurate and accessible information is provided about service options and that non-medical approaches are made available”.³⁰ The Committee also states that, “States parties must abolish policies and legislative provisions that allow or perpetrate forced treatment”, and that “decisions relating to a person’s physical or mental integrity can only be taken with the free and informed consent of the persons concerned.”³¹ In paragraph 41 of its General Comment No. 1, the Committee states that, “in conjunction with the right to legal capacity on an equal basis with others, States parties have an obligation not to permit substitute decision-makers to provide consent on behalf of persons with disabilities”.³²

23. The Committee has also called for States parties to ensure that persons with disabilities are not denied the right to exercise their legal capacity on the basis of a third party’s analysis of their “best interests”, and that when after significant efforts have been made it is impracticable to determine a person’s will and preferences, practices associated with “best interests” determinations should be replaced by the standard of “best interpretation of the will and preferences” of the person.³³

²⁵ CRPD/C/BEL/CO/1, para. 28.

²⁶ CRPD/C/ECU/CO/1, para. 29 c)

²⁷ CRPD/C/DEU/CO/1, para. 31

²⁸ CRPD/C/NZL/CO/1, para. 34

²⁹ CRPD/C/AUS/CO/para.29

³⁰ CRPD/C/GC/1, para. 42

³¹ Ibid, para. 42

³² Ibid, para. 41

³³ Ibid, para. 21



XIV. Access to justice, reparation and redress to persons with disabilities deprived of their liberty in infringement of article 14 taken alone, and taken in conjunction with article 12 and/or article 15 of the Convention.

24. Persons with disabilities arbitrarily or unlawfully deprived of their liberty are entitled to have access to justice to review the lawfulness of their detention, and to obtain appropriate redress and reparation. The Committee calls States parties' attention to Guideline 20 of the "United Nations Basic Principles and Guidelines on remedies and procedures on the right of anyone deprived of their liberty to bring proceedings before a court", adopted by the Working Group on Arbitrary Detention on 29 April 2015, during its 72th session. Guideline 20 contains specific measures for persons with disabilities, including the following:³⁴

"126. The following measures shall be taken to ensure procedural accommodation and the provision of accessibility and reasonable accommodation for the exercise of the substantive rights of access to justice and equal recognition before the law:

(a) Persons with disabilities shall be informed about, and provided access to, promptly and as required, appropriate support to exercise their legal capacity with respect to proceedings related to the detention and in the detention setting itself.ⁱ Support in the exercise of legal capacity must respect the rights, will and preferences of persons with disabilities and should never amount to substituted decision-making;ⁱⁱ

(b) Persons with psychosocial disabilities must be given the opportunity to promptly stand trial, with support and accommodations as may be needed, rather than declaring such persons incompetent;

(c) Persons with disabilities can access, on an equal basis with other persons subject to detention, buildings in which law-enforcement agencies and the judiciary are located. The jurisdictional entities must ensure that their services include information and communication that is accessible to persons with disabilities.ⁱⁱⁱ Appropriate measures shall be taken to provide signage in Braille and in easy to read and understand forms of live assistance and intermediaries, including guides, readers and professional sign language interpreters, to facilitate accessibility to communication in the facilities of jurisdictional entities;^{iv}

(d) Individuals who are currently detained in a psychiatric hospital or similar institution and/or subjected to forced treatment, or who may be so detained or forcibly treated in the future, must be informed about ways in which they can effectively and promptly secure their release including injunctive relief;

³⁴ A/HRC/30/36



(e) Such relief should consist of an order requiring the facility to release the person immediately and/or to immediately cease any forced treatment, as well as systemic measures such as requiring mental health facilities to unlock their doors and inform persons of their right to leave, and establishing a public authority to provide for access to housing, means of subsistence and other forms of economic and social support in order to facilitate de-institutionalization and the right to live independently and be included in the community. Such assistance programs should not be centred on the provision of mental health services or treatment, but free or affordable community-based services, including alternatives that are free from medical diagnosis and interventions. Access to medications and assistance in withdrawing from medications should be made available for those who so decide;^v

(f) Persons with disabilities are provided with compensation, as well as other forms of reparations, in the case of arbitrary or unlawful deprivation of liberty.^{vi} This compensation must also consider the damage caused by the lack of accessibility, denial of reasonable accommodation, lack of health care and rehabilitation, which have affected the person with disability deprived of liberty.”

Geneva, September 2015

-
- ⁱ See also, Human Rights Committee General Comment no. 35, para. 18: “The individuals must be assisted in obtaining access to effective remedies for the vindication of their rights, including initial and periodic judicial review of the lawfulness of the detention, and to prevent conditions of detention incompatible with the Covenant.” Oxford Pro Bono Public study: In regard to preventive detention proceedings, there is a very strong trend toward guaranteeing the right to be heard and to legal representation (p. 97). Further, there is a significant trend in the practice of States toward guaranteeing the right to information and to legal representation to a person with a mental illness during detention proceedings (p. 99).
- ⁱⁱ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment No. 1, para. 17: “Support” is a broad term that encompasses both informal and formal support arrangements, of varying types and intensity. For example, persons with disabilities may choose one or more trusted support persons to assist them in exercising their legal capacity for certain types of decisions, or may call on other forms of support, such as peer support, advocacy (including self-advocacy support), or assistance with communication. Support to persons with disabilities in the exercise of their legal capacity might include measures relating to universal design and accessibility. Support can also constitute the development and recognition of diverse, non-conventional methods of communication, especially for those who use non-verbal forms of communication to express their will and preferences.
- ⁱⁱⁱ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment No. 2, para. 37
- ^{iv} Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment No. 2, para. 20.
- ^v HRC General Comment no. 35, para. 19: “States parties should make available adequate community-based or alternative social care services for persons with psychosocial disabilities, in order to provide less restrictive alternatives to confinement”.
- ^{vi} This includes deprivation of liberty based on disability or perceived disability, particularly on the basis of psychosocial or intellectual disability or perceived psychosocial or intellectual disability.



Waarom gedwongen GGZ behandeling verboden moet worden

29 maart 2016, door Jolijn Santegoeds, oprichtster Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights¹, medevoorzitter van World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP)², bestuurslid van European Network of (Ex-) Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP)³.

Er is al eeuwenlang verzet tegen gedwongen plaatsing in instellingen, opsluiting in isoleercellen, vastbinden met fixatie-riemen, het onder dwang toedienen van medicatie, gedwongen elektroshocks, en andere gedwongen GGZ behandelingen.

Dwang is geen zorg

Dwangtoepassing behoort tot de meest afgrijselijke dingen die mensen elkaar aan kunnen doen, terwijl goede zorg juist een van de mooiste dingen is die mensen elkaar te bieden hebben. Er is een fundamenteel verschil tussen dwang en zorg.

Dwang werkt averechts op het welzijn, en leidt o.a. tot wanhoop, angst, boosheid en verdriet bij de client. Bij dwangtoepassing wordt de stem van de client genegeerd, en wordt er over diens grenzen heengegaan. Dwang leidt niet tot meer veiligheid, of herstel van de geestelijke gezondheid. Integendeel: Door lijden, onmacht, en een gebrek aan ondersteuning, nemen de risico's op toenemende psychosociale problemen en escalatie toe. Dwang is het tegenovergestelde van zorg.

Dwang betekent een tekort aan zorg

Gedwongen psychiatrische interventies zijn geen oplossing, maar een probleem voor geestelijke gezondheidszorg. De echte ontwikkeling van goede zorgpraktijken wordt al eeuwenlang ondermijnd door het bestaan van gedwongen behandelingen, wat het mogelijk maakt voor hulpverleners om de crisissituatie de rug toe te keren, en de persoon achter te laten zonder daadwerkelijke zorg. Dit moet stoppen.

Goede zorg is mogelijk

Goede ondersteuning kan dwang voorkomen. Met een respectvolle bejegening en goede ondersteuning, kunnen problematiek en escalatie succesvol voorkomen worden, waardoor dwangtoepassing niet aan de orde is⁴. Echte zorg is mogelijk.

Inspanning is nodig

Ondanks dat alle veldpartijen in de GGZ van dwangtoepassing af willen⁵, neemt het totaal aantal dwangtoepassingen (RM en IBS) nog elk jaar toe. Wel zijn er op bepaalde locaties specifieke initiatieven voor dwangreductie, zoals de ontwikkeling van de HIC (High/Intensive Care psychiatrie)⁶, waarbij men eenzame opsluiting wil voorkomen door intensieve ondersteuning mogelijk te maken. Anderzijds is er een enorme toename in ambulante dwang (voorwaardelijke machtiging), alsook in incidenten met "verwarde mensen". Dat de praktijk "weerbarstig" is, en dat de cultuur "moeilijk te veranderen" is, is al meermaals geconcludeerd.

Leren van de geschiedenis

Europa heeft een lange geschiedenis van xenofobie ten opzichte van mensen met psychosociale problematiek. Al sinds de 15^e eeuw bestonden er speciale dolhuizen en tuchthuizen, waar mensen als beesten geketend en opgesloten werden, en exorcisme was gebruikelijk. Na de ontdekkingen van

¹ Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights www.mindrighths.nl

² WNUSP: World Network of Users and Survivors of Psychiatry www.wnusp.net

³ ENUSP: European Network of (Ex-) Users and Survivors of Psychiatry www.enusp.org

⁴ Rapport: [Best practices rondom dwangreductie in de GGZ](#) 2011

⁵ [Intentieverklaring GGZ: preventie van dwang in de GGZ](#) 2011

⁶ [High Intensive Care HIC](#) (HIC)



Charles Darwin en de Verlichting (17^e en 18^e eeuw), volgde de opkomst van de medische sector, gevolgd door de komst van de Krankzinnigenwet in de 19^e eeuw die “opname en verpleging van krankzinnigen in krankzinnigengestichten” regelde, met als doel “humanere zorg” dan in de dollencellen. De jonge medische wetenschap kende een diversiteit aan opvattingen, en in de 20^e eeuw volgen veel experimenten, zoals wisselbaden, lobotomie, elektroshock enz. De “speciale antropologie”⁷ ofwel rassenleer en eugenetica, hield zich bezig met de zoektocht naar de perfecte mens, en de “rassenhygiene” om “achteruitgang van het ras tegen te gaan”, waarbij men openlijk twijfelde aan de capaciteiten van bepaalde volken, hetgeen resulteerde in genocide waarbij psychiatrische patiënten niet gespaard werden (WOII).

Na deze zwarte bladzijden in de geschiedenis werden er universele mensenrechtenverklaringen opgesteld die de waarde van elk mens benadrukken, en de samenleving werd langzaam steeds verdraagzamer. Echter, de psychiatrie veranderde nauwelijks en handhaafde haar dubieuze en experimentele fundamenteën, waarbij opsluiting, tuchtachtige regimes, en experimentele behandelmethoden de ongewijzigde hoofdmoot van het behandelaanbod vormen. Men poogt nu nog steeds om een gedragsverandering van de cliënten af te dwingen onder het voorwendsel dat de cliënten zelf “wilsonbekwaam” zijn, en niet in staat om voorkeuren uit te drukken. Dit is pertinent onjuist: ieder mens geeft signalen af. Het is nu juist de kunst om daar op een goede manier mee om te gaan. Echte zorg kijkt naar de mens achter het gedrag. Professionele hulpverlening is totaal wat anders dan primitieve symptoombestrijding.

Het is tijd om een streep te trekken. Het is de hoogste tijd om te erkennen dat de GGZ op een dwaalspoor is geraakt door de geschiedenis. Het hardhandig ‘corrigeren’ van mensen totdat zij ‘goed genoeg’ worden bevonden is geen rechtschapen doel van de geestelijke gezondheidszorg. Het moet gaan over welzijn. Dwangtoepassing is achterhaalde dwaling van de GGZ. Innovatie is nodig.

Wereldwijde behoefte aan dwangvrije zorg

Overall ter wereld komt gedwongen behandeling voor. Uiterst schrijnende beelden kennen we uit armere delen van de wereld, met vastgeketende mensen in bijvoorbeeld Azië⁸ en Afrika⁹, maar ook in ons eigen land met Brandon¹⁰ en Alex¹¹. Zolang de westerse wereld blijft claimen dat dwangtoepassing hetzelfde is als goede zorg, zullen dit soort taferelen moeilijker uit te bannen zijn, temeer omdat tal van landen hoge verwachtingen hebben van de westerse aanpak. Het is belangrijk om met goede oplossingen te komen in de wereldwijde zoektocht naar dwangvrije zorg.

Roep van de Verenigde Naties

Sinds 2006 bestaat het VN-verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen¹², hetgeen illustreert dat er een wereldwijde verandering nodig is ten aanzien van personen met beperkingen. Verschillende VN-organen verduidelijken dat dwang in de zorg in strijd is met de mensenrechten^{13, 14, 15, 16}, ook als het gaat om Nederland^{17, 18}. Er is een verandering nodig.

⁷ Encyclopedie 1936

⁸ [Human Rights Watch “Living in hell – abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia”](#), 2016

⁹ Robin Hammond, bekroonde fotoserie [“Condemned – Mental health in African countries in crisis”](#)

¹⁰ Brandon van Ingen, [Jongen al 3 jaar vastgebonden in een zorginstelling](#)

¹¹ Alex Oudman, [Schokkende beelden uit isoleercel – Toen en nu](#)

¹² [UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities \(CRPD\)](#)

¹³ [CRPD General Comment no. 1 on CRPD article 12 Equal Recognition before the law](#)

¹⁴ [CRPD Guidelines on CRPD article 14 Liberty and Security of Person](#)

¹⁵ [Oproep van 2 Speciale VN-rapporteurs “Dignity must prevail – an appeal to do away with non-consensual psychiatric treatments” World Mental Health Day, 10 October 2015](#)

¹⁶ [A/HRC/22/53 Special Rapporteur on Torture, Juan E Mendez, Torture in health care settings \(2013\)](#)

¹⁷ Communicatie aan de Nederlandse Staat door de Speciale VN-Rapporteur inzake Marteling en andere Wrede, Inhumane of Onterende Behandeling of Bestrafing en de Speciale VN-Rapporteur inzake het Recht van Iedereen op het Hoogst Haalbare Standaard van Fysieke en Geestelijke Gezondheid, okt 2013: AL



Wat nu?

Dit is een belangrijke vraag.

Wat willen we nu? Gaan we het nu eindelijk echt goed doen?

Gaan we ons van onze beste kant laten zien?

Er is een echte cultuurverandering nodig. De geestelijke gezondheidszorg moet zichzelf opnieuw uitvinden, en een einde maken aan de opsluiting en dwangtoepassingen. Goede zorg is mogelijk.

“Ja maar dat gaat niet...”

Veelgehoorde reacties zijn: *“Het is een goed ideaal, maar niet realistisch”* of *“het kan niet anders, want het systeem werkt niet mee”* of *“De samenleving is hier helemaal niet klaar voor”*. De impliciete veronderstelling dat een cultuurverandering “onrealistisch” is, getuigt van weinig perspectief, hoop of ambitie. Het systeem ligt in onze handen. Wij zijn de huidige generatie. Verandering is mogelijk. De wereld verandert constant. Ook de GGZ kan veranderen¹⁹, ²⁰, net als de publieke opinie. Wij zijn niet machteloos en ongevoelig. Er is inspanning nodig om gezamenlijk de wereld mooier en beter te maken. Wij kunnen dat.

Verandering kan eng aanvoelen. Zonder positieve geschiedenis of goede praktijken elders is het wellicht ook lastiger om voor te stellen dat alles anders kan, maar dat kan geen reden zijn om het dan maar meteen op te geven. We vragen ons ook niet af of het stoppen van alle honger op de wereld realistisch is voordat we eraan beginnen. Ieder mens telt. Echte zorg is mogelijk en dient vormgegeven te worden, ook in acute en complexe crisissituaties. Mishandelende praktijken behoren per direct te stoppen. Dit is de taak die onze generatie is toebedeeld. Het is de moeite waard om gezamenlijk alle krachten te verenigen om de historische verschuiving van uitsluiting naar inclusie te maken.

Ook de opmerking *“Ja maar dwang is nodig, zolang er geen alternatieven zijn”* dient hier weerlegd te worden. Dwang is geen zorg, maar mishandeling, en er bestaat geen geldig excuus voor mishandeling. Dwang is nooit nodig. Goede zorg is nodig.

Mensenrechten waarmaken

Het VN-Verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen (CRPD) geeft een momentum voor verandering. Als iedereen nu meewerkt, in alle lagen van het systeem en de samenleving, dan krijgt de beoogde verandering een ongekeerde impuls. De artikelen in het VN-Verdrag bieden daarbij een leidraad, waardoor wereldwijde coherente actie mogelijk wordt. Het VN-Verdrag biedt enorme kansen om de wereld daadwerkelijk te verbeteren.

Gezamenlijk kunnen we gedwongen GGZ behandeling uitbannen. Waar een wil is, is een weg. In de geschiedenis stond opsluiting centraal, en inmiddels weten we beter. Dus nu moeten we het ook beter gaan doen. Een grotendeels onontdekte wereld ligt voor ons.

Speerpunten

Het is niet eenvoudig om het GGZ -systeem veranderen, en het vertrouwen in de GGZ komt niet zomaar terug. Een aantal zaken zijn noodzakelijk om de situatie duurzaam te veranderen:

Health (2002-7) G/SO 214 (53-24) NLD 2/2013, [https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public - AL_Netherlands_08.10.13_\(2.2013\).pdf](https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public_-_AL_Netherlands_08.10.13_(2.2013).pdf)

¹⁸ [CAT/C/NLD/CO/5-6, CAT Concluding Observations on the Netherlands](#)

¹⁹ [High Intensive Care HIC](#) (HIC)

²⁰ [Intensive Home Treatment](#) (IHT)



- Realiseer goede zorg

De ouderwetse psychiatrie is niet gefundeerd op mensenrechten, diversiteit en inclusie, maar op xenofobie en uitsluiting. De wetenschap heeft zich tot dusverre gericht op het homogeniseren van de samenleving, en pogingen om de mensen te veranderen (keurslijf en hokjesmentaliteit). De moderne geestelijke gezondheidszorg zou zich moeten richten op het mogelijk maken van een heterogene en diverse samenleving, door de juiste voorwaarden in de samenleving te scheppen en zelfbeschikking, vrijheid en inclusie mogelijk te maken, zodat iedereen gelukkig kan worden in de samenleving. Er is een fundamentele hervorming nodig van de geestelijke gezondheidszorg.

Welzijn - of geestelijke gezondheid- is een zeer persoonlijke intrinsieke waarde, die niet onder dwang geproduceerd kan worden. Herstel van psychosociale problematiek is geen geïsoleerd proces van de persoon in kwestie, maar is nauw verweven met de sociale context van de persoon, zoals kansen in het leven, sociale acceptatie en inclusie. Het zorgaanbod dient volledig herzien te worden, en aangepast te worden aan de eisen van nu.

Vrijheidsbepalende maatregelen dienen per direct te stoppen. Het organiseren van kwalitatief goede zorg is noodzakelijk en urgent, en kan niet langer uitgesteld worden. De voorgaande richtlijnen onder de wet BOPZ uit 1994 om dwang "zo min mogelijk" en "zo kort mogelijk" toe te passen hebben duidelijk gefaald, en het aantal dwangtoepassingen (RM en IBS) blijft maar stijgen, en is in de laatste 10 jaar meer dan verdubbeld. Deze trend is onacceptabel, en daarom moet er nu werkelijk iets veranderen. Een zorgbehoefte mag geen reden zijn voor vrijheidsbeperking. Goede zorg is mogelijk.

Zonder goede zorg zal de puinhoop zich enkel verschuiven. Het is absoluut noodzakelijk om per direct alle mogelijke inspanningen te leveren om kwalitatief goede zorg, inclusief goede zorg in crisissituaties aan te bieden.

- Wetgeving: Verbied dwang, regel zorg

De wetgeving over gedwongen GGZ behandeling dient aangepast te worden. Het doel van de GGZ is niet: Kwetsbare mensen ruw behandelen, maar het doel is goede zorg verlenen, ook in crisissituaties. Er is een transitie nodig.

De krankzinnigenwetgeving komt uit 1841, uit een tijd dat de medische wetenschap absoluut in de kinderschoenen stond. De wet BOPZ uit 1994, en ook het wetsvoorstel Verplichte GGZ (heden) kennen een vergelijkbare structuur van rechterlijke machtigingen en IBS/crisismaatregel, waarbij resp. opsluiting en gedwongen behandeling de kern vormen. Dit systeem is niet gefundeerd op een besef van mensenrechten, en gaat niet over kwalitatieve zorg en moet anders.

Gedwongen behandeling is mishandeling. Wetgeving behoort alle burgers te beschermen tegen mishandeling. Als de overheid meewerkt aan mishandeling van bepaalde groepen, dan is dat marteling^{21, 22}, en dat is alom verboden. De dwangwetten, zoals de wet BOPZ en Wetsvoorstel Verplichte GGZ zijn dus onaanvaardbaar.

Wetgeving is bedoeld om een rechtvaardig kader te bieden aan de samenleving. Een verbod op dwang is noodzakelijk vanwege de mensenrechten²³. Daarnaast kan bepaalde wetgeving de voorziening van goede zorg bespoedigen en vernieuwing organiseren²⁴. Het is mogelijk om wetten te maken waar we als samenleving echt wat aan hebben. Zou dat niet mooi zijn?

²¹ Marteling, voor exacte definitie zie artikel 1 CAT, Convention Against Torture.

²² [A/HRC/22/53 Special Rapporteur on Torture, Juan E Mendez, Torture in health care settings \(2013\)](#)

²³ o.a. recht op vrijheid en vrijwaring van marteling / Civiele en politieke rechten (ICCPR)

²⁴ o.a. recht op zorg en adequate levensstandaard / Sociale, economische en culturele rechten (ICESCR)



- Compenseren: Erken de ernst

De overheid en talloze hulpverleners hebben jarenlang de levens overgenomen van psychiatrische patiënten en verplicht onderworpen aan “zorg”, zoals vreselijke gedwongen behandeling, isoleercellen, dwangmedicatie, Zweedse Banden, elektroshocks, allemaal gemotiveerd door zogeheten “goede bedoelingen”. De rechtschapenheid van de verantwoordelijken mag nu blijken door welgemeende erkenning van het leed dat velen hebben moeten doorstaan. Een schadevergoeding zou gepast zijn: als je iets breekt moet je het betalen. Dat vinden we heel gewoon.

- * Excuses zijn nodig voor het herstel van de relatie tussen (ex-) cliënten en hulpverleners.
- * Erkenning van trauma's door dwang, en hulp bij de verwerking indien gewenst.
- * Schadevergoeding om te laten zien dat de attitude-verandering echt gemeend is.

Nu is het tijd om werkelijk te laten zien dat Nederland een beschaafd land is.

Kom in actie

Ik wil graag eenieder oproepen om bij te dragen aan de cultuurverandering. Laten we er samen voor zorgen dat de mensenrechten gerealiseerd worden voor elk mens, en dat de ouderwetse psychiatrie verdwijnt, en er enkel nog goede zorg bestaat in de geestelijke gezondheidszorg.

Gelieve dit bericht te verspreiden om bewustwording te stimuleren.

**

Om het bovenstaande pleidooi kracht bij te zetten, heb ik een beschrijving van mijn persoonlijke ervaringen met gedwongen psychiatrie gepubliceerd (Nederlandstalig), te lezen via deze link: [“16 jaar oud, depressief en gemarteld in de psychiatrie – Een verklaring van een slachtoffer van mishandeling en marteling door gedwongen psychiatrie”](#)



Actieboodschap 6 mei 2017

GEEF VRIJHEID DOOR GOEDE ZORG!
Bevrijdingsmanifestatie tegen dwang in de GGZ
Zaterdag 6 mei 2017 –15.00-17.00u, Utrecht

Protestactie voor menswaardige GGZ & herdenking van GGZ-leed

Deze actieboodschap wordt u aangeboden door:
Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights (www.mindrightrights.nl)
i.s.m. Enik Recovery College, en Mad Pride Nederland (www.madpride.nl)

Auteur: Jolijn Santegoeds, email: tekeertegendeisoleer@hotmail.com

Advies aan Eerste Kamer inzake Verplichte GGZ: Regel zorg, geen dwang!

Hieronder volgen in hoofdlijnen de bezwaren van Stichting Mind Rights op wetsvoorstel Verplichte GGZ.

Wetsvoorstel Verplichte GGZ gaat niet over zorg.

Wetsvoorstel Verplichte Zorg berust op verouderde uitgangspunten, waarbij dwang wordt beschouwd als een “acceptabel middel” om problematisch gedrag te hanteren. Deze visie is achterhaald, en vormt geen toekomstbestendige basis voor wetgeving.

Dwang hoort niet bij zorg

De inzichten met betrekking tot zorgkwaliteit zijn in de loop der jaren veranderd; **de doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit van dwang als zorginterventie zijn achterhaald.** Dwang is geen goede zorg, het kan anders. Echte zorg is aandacht voor herstel, de-escalatie en maatwerk. Dwang leidt tot meer strijd, angst, paniek, trauma's en dus meer problemen. Dwang in de zorg is dus geen oplossing, maar een probleem. Dit **voortschrijdend inzicht** wordt ook door professionals in de zorg omarmd. Sinds 2006 heeft de overheid structureel geïnvesteerd in landelijke projecten voor het terugdringen van dwang in de ggz. Alle veldpartijen willen van dwang af.

Goede zorg is mogelijk

Initiatieven als het Centrum voor Consultatie en Expertise (www.cce.nl) en High/Intensive Care in de psychiatrie (www.hic-psy.nl) tonen aan dat bij moeilijk hanteerbaar gedrag een zachte, persoonsgerichte benadering veel beter werkt dan de



harde hand. Elke reactie heeft een oorzaak, en het is nu juist de kunst om daar op een goede manier mee om te gaan. **Echte zorg kijkt naar de mens achter het gedrag.** Professionele hulpverlening is totaal wat anders dan primitieve symptoombestrijding. Er is een groeiend collectief besef in de zorg dat geweld en machtsvertoon geen oplossing bieden voor problematisch gedrag. Dwang is geen zorg, en dit nieuwe besef vormt de basis voor de toekomstige GGZ.

Dwang in strijd met mensenrechten

Ook verschillende VN-organen verduidelijken dat **dwang in de zorg in strijd is met de mensenrechten**, en roepen op tot volledige afschaffing van gedwongen zorg [1],[2],[3],[4],[5],[6],[7],[8].

- Wetsvoorstel Verplichte GGZ gaat niet over het verlenen van kwalitatief goede zorg, en het uitbannen van dwang. Integendeel, WVGZ faciliteert dwang in de zorg, en is dus in strijd met moderne zorginzichten en actuele mensenrechtenstandaarden.

Regel zorg, in plaats van dwang!

Er is een verandering nodig. Dwang helpt niet. En wetsvoorstel Verplichte GGZ voldoet niet aan de eisen van deze tijd. Wat dan wel?

“Out of the box”

Veel personen komen niet verder dan een zeer beperkte ‘zwart-wit’-benadering ten aanzien van psychosociale crisissituaties, met enkel twee mogelijkheden: ofwel gedwongen behandeling (mishandeling), ofwel niets doen (verwaarlozing). Dit is simpelweg geen volledig beeld. Tussen deze twee extreme punten ligt nog een grotendeels onontdekte wereld van mogelijkheden voor **echte ondersteuning en echte geestelijke gezondheidszorg**, met aspecten als: **vertrouwensbasis, de-escalatie, preventie, presentie, en persoonlijk contact**. In de praktijk vergt een dwangvrije benadering echter **meer tijd, aandacht, vaardigheden en flexibiliteit van hulpverleners**.

Zorgtekort is oorzaak van dwang

Echter, in de huidige, reguliere GGZ voorzieningen zijn tijd, persoonlijke aandacht en flexibiliteit helaas nog altijd schaars, met name in complexe en/of acute situaties, waardoor hulpverleners vervolgens **uit onmacht hun toevlucht zoeken in onwenselijke “noodmaatregelen” zoals dwang**. Dit is geen zorg, maar beheersing. Om de toevlucht naar dergelijke “noodmaatregelen” te voorkomen, dient het zorgtekort opgelost te worden, oftewel: **het implementatie-gat voor dwangvrije zorg dient gedicht te worden**. Dwang in de zorg mag niet blijven voortbestaan. Goede zorg is mogelijk en dient met grote urgentie gerealiseerd te worden, teneinde dwang uit te bannen.

“Laatste redmiddel” is onrechtvaardig

Dwang wordt onder Wetsvoorstel Verplichte GGZ als “laatste redmiddel” beschouwd, en daardoor wordt het argument: “het kan nu niet anders” gezien als een rechtvaardiging voor dwangtoepassing. Feitelijk is het resultaat van deze constructie dus, **dat onder**



WVGGZ dwang “legaal” is mits er een zorgtekort is, en alternatieven niet beschikbaar zijn. En dit terwijl talloze dwangvrije alternatieven op zich wel bestaan, maar niet ter plekke gerealiseerd zijn, en daardoor dus niet beschikbaar. Bij een gebrek aan goede zorg, kan dwang worden ingezet. De client wordt hierbij genadeloos hard de dupe van wanbestuur in de zorg.

Het is veelvuldig aangetoond dat dwang onnodig is, mits er voldoende geïnvesteerd wordt in alternatieven.

- In plaats van het faciliteren van dwang via wetsvoorstel Verplichte GGZ, is er wetgeving nodig die alternatieven realiseert en actief transitiebeleid voert, van dwang naar zorg.

WVGGZ lost geen zorgtekorten op

Het wetsvoorstel Verplichte GGZ regelt een procedure, maar **regelt geen zorgvoorzieningen**. In de praktijk blijft het zorgaanbod dus hetzelfde, ook in crisissituaties. Aangezien men onder de wet BOPZ vast ook wel de intentie had om dwangtoepassing tot een minimum te beperken, is het de vraag hoeveel verschil de veranderde procedure onder WVGGZ in de praktijk zal maken, wanneer er niets veranderd aan het zorgaanbod en de tekorten blijven bestaan (of mogelijk zelfs verergeren). Of de beoogde dwangreductie onder WVGGZ gerealiseerd zal worden is dus zeer de vraag.

Reikwijdte van dwang

De criteria voor en doelen van verplichte zorg (in hoofdstuk 3 WVGGZ) zijn verruimd. Ook het scala aan dwangtoepassing en de doelgroep zijn verruimd. **Een verruiming van dwangmogelijkheden leidt vermoedelijk niet tot een afname van dwang (Er is eerder een toename te verwachten).**

Zorg gaat om welzijn. Het doel van de zorg is niet: Kwetsbare mensen ruw behandelen, maar het doel is: goede zorg verlenen in crisissituaties. De werkelijke hoofdvraag voor wetgeving mbt zorg in crisissituaties zou moeten zijn: **“Hoe te voorzien in een goed zorgaanbod in crisissituaties dat dwang overbodig maakt?”**

Maar helaas gaat Wetsvoorstel Verplichte GGZ enkel over het toestaan van een breed scala aan dwangmaatregelen. (artikel 3.2.2) De opsomming van mogelijkheden voor gedwongen zorg, onder artikel 3.2.2, heeft niets met kwalitatieve GGZ te maken. Het lijkt meer op een politie-protocol...

Geen rechtsbescherming

Dwang is geen bescherming, maar mishandeling.

Het argument dat specifieke wetgeving over dwang in de zorg een betere rechtspositie geeft aan kwetsbare mensen met een diagnose of beperking is onjuist. Wetsvoorstellen die dwang in de zorg mogelijk maken, het ontnemen van rechten faciliteren en het **‘toestaan’ om kwetsbare mensen op een ruwe wijze te behandelen vanwege een tekort aan goede zorg**, druisen in tegen de huidige kennis, tegen sociale opvattingen en tegen actuele burgerrechten. Dat is het tegenovergestelde van bescherming en zorg.



Stereotypering

De procedure onder WVGGZ berust niet op “waarheidsvinding”. De afweging over wel/geen vrijheidsbeperking wordt gemaakt op basis van “het bestaan van een psychiatrische diagnose” en “toekomstig risico”, en een “causaal verband tussen de stoornis en het gevaar”. Al deze zaken zijn **niet bewijsbaar, maar berusten op interpretatie** van o.a. behandelaars. Verdediging tegen dergelijke etikettering is dan ook nauwelijks mogelijk, want er is geen bewijslast, maar het is **woord tegen woord**. Stigma speelt hierbij een grote rol. Beroepshalve kopieert de rechter doorgaans het oordeel van de psychiater. De rechterlijke macht draagt immers geen witte jas. En de client komt wellicht wat paniekerig over... De rechtelijke beslissing tot wel/geen vrijheidsbeperking berust uiteindelijk hoofdzakelijk op stereotypering.

De terminologie onder wetsvoorstel Verplichte GGZ is gewijzigd van “het voorkomen van ernstig gevaar” (BOPZ) naar “**het voorkomen van ernstig nadeel voor de client**”, hetgeen een verkapte herintroductie van het paternalistische “bestwil-criterium” uit de Krankzinnigenwet uit 1970 is. Ook voor “toekomstig nadeel” is geen bewijsvoering mogelijk, en wordt er (onterecht) uitgegaan van een soort lineair oorzakelijk verband tussen een “stoornis” en “nadelig effect”, waarbij men **preventieve opsluiting** legitiem acht, terwijl dit in strijd is met alle rechtsbeginselen.

Ontnemen van handelingsbevoegdheid

Ook de herhaalde passage in wetsvoorstel Verplichte GGZ mbt het ontnemen van handelingsbevoegdheid “**indien de zorgverantwoordelijke betrokkene niet in staat acht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake...**” getuigt van subjectiviteit bij de besluitvorming, waarbij opgemerkt dient te worden dat het ontnemen van handelingsbevoegdheid een fundamentele schending is van de mensenrechten. Elk mens heeft het recht om zelf te beschikken over zijn/haar levensweg. En: nee is nee, dat geldt voor iedereen. Het is niet aan een zorgverlener om te oordelen over anderen. **Zorg moet gaan over herstel, niet over afkeuring en uitsluiting. Zorg dient nou juist inclusie te ondersteunen.**

Verdediging

Door stigma en stereotypering wordt de mening van een client vaak niet serieus genomen, en ten onrechte beschouwd als een “symptoom van een stoornis” (**diagnostic overshadowing**). Het weigeren van een GGZ-behandeling wordt vaak als “gebrek aan ziekte-inzicht” bestempeld (“**niet in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake**”), terwijl mensen vele redenen kunnen hebben om de huidige GGZ (of andere zorg) te mijden, en eigenlijk recht hebben op vrije keuze.

Aangezien dwang als “laatste redmiddel” wordt beschouwd, wordt het argument: “**het kan niet anders**” gezien als een rechtvaardiging voor dwangtoepassing. Dwang is “legaal” mits er een zorgtekort is. Dit is op zichzelf uiteraard al niet rechtvaardig.

Vervolgens is het juridisch gezien **aan de client om het tegendeel te bewijzen**. Dus de client dient – ook tijdens een crisissituatie- een soort zorg-expert te zijn om zich te kunnen verdedigen en te bewijzen dat er WEL alternatieven zijn. Of de client moet kunnen “bewijzen” dat er geen sprake is van gevaar, of geen stoornis, of geen causaal verband. (**echter, de daadwerkelijke bewijslast bestaat niet, omdat het over subjectieve diagnoses en hypothetisch gevaar gaat**). Het blijft dus **woord tegen woord**, en de kans dat de client het meningsverschil wint is enorm klein, aangezien de



uitsluiting mede vanwege de geschiedenis enorm diep geworteld is in de huidige GGZ en politiek.

Klachtenprocedures

Klachten indienen is doorgaans ook niet mogelijk, omdat de wetgeving dwangtoepassing toestaat, en dit **niet als “overtreding” beschouwd**. Ervaringen van cliënten en naasten wijzen uit, dat klachtenprocedures van instellingen vrij structureel niet tot een gewenst resultaat leiden.

In de praktijk zijn cliënten doorgaans rechteloos: Er is geen bescherming van de persoon, geen toegang tot rechtsspraak, beschadigende praktijken zijn “toegestaan”, “voldoen aan de norm” en worden op grote schaal gefaciliteerd door de huidige wetgeving. Succesvol klagen over een behandeling is vrijwel onmogelijk.

- De constructie van wetsvoorstel Verplichte GGZ werkt onrecht in de hand, en is niet vernieuwend genoeg om rechtsbescherming te bieden aan cliënten.

*

Conclusie

Problemen in de zorg dienen aangepakt en oplost te worden, ipv gefaciliteerd door wetgeving zoals wetsvoorstel Verplichte GGZ. **Het implementatie-gat voor dwangvrije zorg dient gedicht te worden.** Dwang in de zorg mag niet blijven voortbestaan. Goede zorg is mogelijk en dient met grote urgentie gerealiseerd te worden, teneinde dwang uit te bannen. Wat nodig is, is zorg, geen dwang.

Wetsvoorstel Verplichte GGZ biedt geen daadwerkelijke rechtsbescherming aan cliënten, en draagt niet bij aan het uitbannen van dwang, of de beoogde transitie van dwang naar zorg. Wetsvoorstel Verplichte GGZ is gebaseerd op verkeerde, achterhaalde denkkaders, en dient vervangen te worden door een wetsvoorstel dat goede zorg in crisissituaties regelt. Nederland heeft de potentie om een toonaangevend land te zijn als het gaat om een zorgzame omgang met moeilijke crisissituaties. Wat nodig is, is een strategisch transitiebeleid om de toevlucht naar “noodmaatregelen” te voorkomen, en het zorgtekort op te lossen.

Wetgevers: Regel zorg in plaats van dwang!

N.B. De punten uit het bovenstaande pleidooi zijn ook relevant voor de samenhangende wetsvoorstellen: wetsvoorstel Zorg en Dwang, en wetsvoorstel Forensische Zorg.



Aanvullende bronnen en referenties:

[1] UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)

[2] CRPD General Comment no. 1 on CRPD article 12 Equal Recognition before the law

[3] CRPD Guidelines on CRPD article 14 Liberty and Security of Person

[4] Oproep van 2 Speciale VN-rapporteurs “Dignity must prevail – an appeal to do away with non-consensual psychiatric treatments” World Mental Health Day, 10 October 2015

[5] A/HRC/22/53 Special Rapporteur on Torture, Juan E Mendez, Torture in health care settings (2013)

[6] Communicatie aan de Nederlandse Staat door de Speciale VN-Rapporteur inzake Marteling en andere Wrede, Inhumane of Onterende Behandeling of Bestrafing en de Speciale VN-Rapporteur inzake het Recht van Iedereen op het Genot van de Hoogst Haalbare Standaard van Fysieke en Geestelijke Gezondheid, okt 2013: AL Health (2002-7) G/SO 214 (53-24) NLD 2/2013, [https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public_-_AL_Netherlands_08.10.13_\(2.2013\).pdf](https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public_-_AL_Netherlands_08.10.13_(2.2013).pdf)

[7] CAT/C/NLD/CO/5-6, CAT Concluding Observations on the Netherlands

[8] A/HRC/34/32 UN OHCHR 2017 thematic report on Mental Health and Human Rights



LANDELIJK STEUNPUNT
MEDEZEGGENSCHAP

Position paper Wzd Eerste Kamer 16 mei 2017

Over vrijheidsbeperking in de verstandelijke gehandicaptenzorg mag niet lichtzinnig worden gedacht, reden dat wij blij zijn met de komst van de Wet zorg en dwang (Wzd) voor de VG-sector.

Wij zijn dan ook voor voorstander van een snelle invoering van de Wzd. Tegelijkertijd dient te worden opgemerkt dat zorgvuldigheid prevaleert boven snelheid. Wij waarderen het dan ook bijzonder dat wij door u in staat worden gesteld om onze visie te geven tijdens deze deskundigenbijeenkomst.

U heeft als Eerste Kamer aangegeven dat het doel van deze deskundigenbijeenkomst is te achterhalen of de gewenste onderlinge samenhang tussen de drie wetsvoorstellen inderdaad in voldoende mate tot stand is gekomen en of de wetten uitvoerbaar zijn. Daarbij gaat het vooral om de volgende aspecten: 1. de consistentie van de visie; 2. de juridische eenduidigheid van het wettelijk kader en de proportionaliteit; 3. de praktische uitvoerbaarheid.

Wij zijn op bovengenoemde punten bijzonder kritisch, wij realiseren ons dat deze kritische houding het lastig maakt aangezien het de taak is van de Eerste Kamer om al dan niet in te stemmen met de voorgelegde wetsvoorstellen en dat de Eerste Kamer niet de bevoegdheid heeft om bijstellingen in wetgeving door te voeren.

Voordat wij de aspecten aangeven waarover wij kritisch zijn, willen wij graag nog eens benadrukken dat wij sterk hechten aan eigen wetgeving voor de VG-sector. Dit aangezien behandeling van cliënten in de GGZ-sector enerzijds en levenslange en -brede zorg en woonondersteuning in de VG/PG-sector anderzijds, om een geheel andere benadering vraagt. Daarbij speelt ook een belangrijke rol dat het in de VG-sector veelal onvrijwillige zorg betreft tijdens het dagelijkse leven van cliënten, het gaat dan veelal om het aanbrengen van beperkingen in de vrijheid van het eigen leven, wat dus betekent dat cliënten worden beperkt in hun keuzevrijheid.

Hieronder staan voor ons belangrijke aspecten genoemd ten aanzien van het wetsvoorstel Wzd, welke van invloed zijn op onze kritische houding ten opzichte van het voorliggende wetsvoorstel Wzd.

Onvoldoende aansluiting op onvrijwillige zorg in het dagelijkse leven

Na de harmonisatie is het verzetsbeginsel in de Wzd opgenomen. Een cliënt dient zich te verzetten tegen onvrijwillige zorg. Echter in de gehandicaptenzorg betreft het veelal de zogenaamde onvrijwillige zorg in het dagelijkse leven, zoals het verbieden nog een extra boterham te nemen. Juist bij deze vormen speelt dat verzet veelal niet wordt herkend of dat vanuit de afhankelijkheidspositie van de cliënt geen verzet wordt getoond. Maar ook als het gaat om fixatie of insluiting gebeurt er veel zonder dat er sprake is van verzet of zonder duidelijk te herkennen verzet. De vraag is hoe beoordeeld gaat worden of er sprake is van verzet.

Wij zijn van mening dat het verzetsbeginsel zoals nu omschreven in de Wzd sluit niet goed aan bij de sector.

Een ander aspect is dat als er geen verzet is van de vertegenwoordiger en de cliënt is ter zake wilsonbekwaam dan moet het stappenplan worden gevolgd bij de zwaardere vormen van vrijheidsbeperking. Dit geldt echter niet voor de lichtere beperkingen die worden opgelegd, terwijl dit ingrijpen in het dagelijkse leven grote impact heeft op het leven van cliënten.

Terminologie Wzd sluit niet goed aan op de VG-sector

Wij zijn van mening dat de gehanteerde terminologie in de Wzd, na de harmonisatie, niet goed aansluit op de VG-sector, dat betreuren wij. Na de harmonisatie zijn er justitiële begrippen in de Wzd opgenomen welke in de VG-sector niet gehanteerd worden. Het gaat dan onder andere om begrippen zoals insluiting, onderzoek aan kleding/lichaam en maatregelen.

Definities onvrijwillige zorg en ernstig nadeel

De definities van onvrijwillige zorg en ernstig nadeel zoals omschreven in de Wzd richten zich met name op de 'zwaardere' maatregelen, waarbij het stellen van beperkingen in de keuzevrijheid buiten de boot vallen. Juist in de gehandicaptenzorg is er vanuit de cliënt behoefte om deze vormen van vrijheidsbeperking in het dagelijkse leven van de cliënt, via de Wzd in te kaderen. Kortom, na de harmonisatie lijkt de Wzd te zijn doorgeschoten naar zorgverlening vanuit een justitieel kader, wat niet passend is bij de sector.

Onvrijwillige zorg buiten de accommodatie

Het is nog onduidelijk hoe onvrijwillige zorg in de thuissituatie of buiten de accommodatie ingeregeld gaat worden, een AMVB is hiervoor in de maak. Hoe dit exact in te regelen is vrij complex waarbij gezocht dient te worden naar een balans tussen het zo min mogelijk toestaan van vrijheidsbeperking EN het voorkomen dat cliënten waarbij vrijheidsbeperking dient te worden toegepast altijd zorg in een accommodatie dienen te ontvangen. Wij zijn er voorstander van dat cliënten indien mogelijk, ook onder strikt genomen beperkende voorwaarden, in de thuissituatie moeten kunnen verblijven. Een groot dilemma hierbij is hoe het toezicht hierop dient te worden ingeregeld. Daarbij is de invulling van het begrip accommodatie erg bepalend in de Wzd en de consequenties van de huidige definiëring hiervan zijn nog onvoldoende helder.

Wij zijn van mening dat de Eerste Kamer de Wzd pas in stemming kan brengen als ook de AMVB's behorende bij de Wzd zijn vastgesteld, dit aangezien hetgeen in de AMVB's geregeld dient te worden essentieel is bij de beoordeling van de Wzd in zijn totaliteit.

Voorwaardelijke machtiging

Het is positief dat de voorwaardelijke machtiging is opgenomen in de Wzd. Wij sluiten ons aan bij de opmerkingen van de VGN hierover en het voorstel dat zij doen om de leeftijdsgrens hierbij te verwijderen uit het betreffende wetsartikel.

Wzd-arts en zorgverantwoordelijke

Wij zien het als meerwaarde dat in het wetsvoorstel Wzd is toegevoegd dat er een Wzd-arts dient te zijn en dat de zorgaanbieder er zorg voor draagt dat de Wzd-arts zijn taken op grond van de Wzd naar behoren kan uitvoeren en waarborgt dat dit vanuit onafhankelijkheid kan plaatsvinden. De zorgaanbieder geeft de Wzd-arts geen aanwijzingen met betrekking tot diens taakuitvoering op grond van deze wet. Wij onderstrepen hierbij het belang daarvan. Alsmede het belang van het onderscheiden van de Wzd-arts en die van de zorgverantwoordelijke, waarmee in feite ook extra toezicht op onvrijwillige zorg is ingeregeld.

Samenvattend

Wij zijn voorstander van een eigen Wzd voor de VG-sector. Na harmonisatie van de wetgeving is de Wzd minder goed toepasbaar geworden op de VG-sector. Daarbij constateren wij dat op een aantal essentiële onderdelen er in AMVB's nog nadere regels dienen te worden opgesteld.

Wij zijn zodoende bijzonder kritisch over een goede werkbaarheid van de Wzd in de huidige vorm, en we bepleiten dat, mocht de Eerste Kamer toch tot stemming willen overgaan, zij dit pas doet op het moment dat de AMVB's zijn vastgesteld zodat de inhoud daarvan kan worden meegewogen in de stemming.

drs. ing. Jasper Boele
Directeur LSR

j.boele@hetlsr.nl
www.hetlsr.nl