

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 Wvvgz, 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 Wvvgz opgenomen in de definitie van ernstig nadeel. Hiermee een nadeelcriterium geschapt 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 Wvvgz 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.