



LPGGz

Landelijk Platform GGz

Tweede Kamer der Staten Generaal
Vast Kamercommissie VWS

Datum: 13 januari 2014
Kenmerk: 14-005 cvdh,hn,ivz
Onderwerp: Position paper t.b.v. hoorzitting WVGZ,
20 januari 2014 Vaste Kamercommissie VWS

Dé koepel voor
cliënten- en
familieorganisaties
in de geestelijke
gezondheidszorg

Postadres:
Postbus 13223
3507 LE Utrecht
Bezoekadres:
Maliebaan 87
3581 CG Utrecht

T (030) 236 37 65
F (030) 231 30 54
E info@platformggz.nl
I www.platformggz.nl

Postbank 1948735
KvK Utrecht 30213449

Geachte leden van de vaste Kamercommissie voor VWS

Inleiding

Het Landelijk Platform GGz is de vaste Kamercommissie van VWS dankbaar voor het organiseren van een hoorzitting over het wetsvoorstel Wet Verplichte GGz. Het Platform geeft graag gehoor aan het verzoek van de Kamerleden om hen te informeren over ons standpunt over het wetsvoorstel. In deze position paper geven wij antwoord op de vragen zoals gesteld in de uitnodigingsbrief. Daarnaast vragen wij aandacht voor andere relevante punten die aanscherping behoeven in de nieuwe wet.

1. Is deze wet een verbetering of verslechtering ten opzichte van de Wet Bopz?

Het LPGGz vindt dat het wetsvoorstel een aantal goede aanknopingspunten biedt ten opzichte van de huidige wet BOPZ voor enige verbetering van de rechtspositie van cliënten en familie in de ggz, wanneer zij te maken krijgen met dwang(zorg) en vrijheidsbeperking (zie bijlage 1a). Dit is positief. Tegelijkertijd vinden wij dat de nota van wijziging op belangrijke punten nog aanscherping behoeft.

Positie Geneesheer Directeur (GD)

De belangrijkste aanpassing in de nota van wijziging betreft het schrappen van de commissies verplichte ggz, hetgeen wij betreuren. In plaats daarvan krijgt de GD een centrale rol bij de besluitvorming van de zorgmachtiging (aanvraag, tenuitvoerlegging en beëindiging). De gekozen oplossing knelt met een aantal beoogde taken van de commissies en ook met de redenen waarom de commissies in de eerste plaats noodzakelijk werden geacht door de ministeries van VWS en VenJ in het oorspronkelijke voorstel (zie bijlage 1b). Het LPGGz refereert nog eens aan de doelstellingen van de WVGZ en aan de taken / bevoegdheden die de commissies hadden. Niet al deze taken krijgen een plek in de nota van wijziging (zie bijlage 1c en 1d).

Standpunt LPGGz: positionering geneesheer directeur onvoldoende onafhankelijk en transparant

Onafhankelijke besluitvorming bij de aanvraag en bij de beëindiging van een zorgmachtiging is niet langer geborgd in de nota van wijziging, waardoor de procedure aan rechtsbescherming inboet. De voorbereiding, uitvoering en beëindiging van dwang wordt nu in één hand gelegd, namelijk bij die van de zorgaanbieder, een private partij met marktbelangen. De GD is hier in dienst en krijgt twee petten op: een zorginhoudelijke (waar expertise is) en een procureursrol in het kader van de rechtsbescherming (die juridische expertise behoeft). Het profiel GD dient hierop te worden aangepast. Het is onduidelijk wie de GD toetst op zijn functioneren en hoe een disfunctionerende GD wordt gecorrigeerd nu hij geen aanwijzing van de zorgaanbieder kan krijgen en los staat van de Raad van Bestuur. Bovendien heeft de GD de schijn van partijdigheid door inbedding bij de aanbieder, wat het vertrouwen bij betrokkene in een zorgvuldige procedure sterk ondermijnt. Ook strookt deze positie niet met de rol van kwaliteitsfunctionaris van de GD binnen de instelling.



Voorstel 1. Creëer een onafhankelijk orgaan, bij voorkeur ingebed bij de overheid

Houd de nu beoogde nieuwe rol van de GD grotendeels in stand, maar haal deze functionaris weg bij de zorgaanbieder en bed deze in bij de overheid. Gedacht zou kunnen worden aan een benoeming (en evt. schorsing) door de minister, een dienstverband bij het ministerie van VWS, centrale financiering en huisvesting bij de GGD-en van de centrumgemeenten van de regio's uit de wet publieke gezondheid (waar in het wetsvoorstel al bij aangesloten wordt). Regel een vaste zittingstermijn en een vastgesteld maximum aantal zittingstermijnen per persoon. Hiermee kunnen alle bezwaren rondom de positie van de GD worden weggenomen. (Zie voor nadere uitwerking van dit voorstel bijlage 2 artikel R. Kips, januari 2014).

2. Leidt deze wet tot verminderde opname en sneller inzet van gedwongen zorg thuis?

De ambulantisering in de ggz is evident. Er is sprake van aanzienlijke beddenreductie. Dit moet leiden tot minder opnames, zowel vrijwillig als gedwongen. Daarnaast is er ook een toename van het aantal RM en IBS, deels ook via voorwaardelijke machtigingen. Het LPGGz ziet een ontwikkeling in de ggz waarbij, indien (gedwongen) opname plaatsvindt, dit in de toekomst vaker kortdurend en in een High en Intensive Care omgeving kan zijn. De inzet van ambulante (F)ACT teams zal naar verwachting toenemen. Inzet moet hierbij zijn de preventie van dwang. Minder opnames verlaagt de kans op opsluiting en afzondering, maar zal aan de andere kant een toename betekenen van ambulante dwangmedicatie en dito dwangbehandeling

Standpunt LPGGz: ambulante dwang kan mogelijk toenemen, maar ook de kans op meer zorgmijders

Het is voor het Platform niet te overzien of er daadwerkelijk minder gedwongen opnames plaats zullen vinden. Het zal mede afhangen van de wijze waarop ambulante dwang(zorg) in de praktijk vorm zal krijgen. Indien dit niet goed gebeurt en de overlast en het aantal crisisincidenten toeneemt, kan dit uiteindelijk leiden tot meer (forensische) opnames, maar ook tot meer zorgmijders. Dat risico is aanwezig als betrokkene zich wil onttrekken aan dwang in zijn persoonlijke levenssfeer. Wij verwachten door de verruiming naar het schadebegrip (reikwijdte breder dan gevaar) dat het aantal zorgmachtigingen en dus het aantal (ambulante) dwangtoepassingen aanzienlijk zal zijn. Het LPGGz verwacht dat de GD hier een belangrijk deel van zijn tijd mee kwijt zal zijn (zorgvuldige dossieropbouw, procedurele taken rondom aanvraag en beëindiging zorgmachtiging).

3. Leidt deze wet tot beter maatwerk in de situatie dat dwangzorg nodig is zonder opname?

De huidige nota leidt niet automatisch tot meer maatwerk. Het vraagt juist meer afstemming en optimale coördinatie wil individueel maatwerk mogelijk zijn. Er zullen namelijk meer actoren een rol spelen bij het uitvoeren en het tijdig kunnen beëindigen van een zorgmachtiging. De zorg, begeleiding en ondersteuning in de persoonlijke leefsfeer is complexer dan op een gesloten afdeling in een instelling. Bijkomend voordeel van ons voorstel de GD uit de instelling te halen is juist de aansluiting bij de ambulantisering van dwang. Hij kan een coördinerende rol spelen bij de randvoorwaarden voor het leveren van maatwerk, kwaliteit en afstemming:

- Hij kan de benodigde ketenzorg coördineren en afstemming regelen tussen alle betrokken actoren die met ambulante dwang te maken krijgen (een taak van de commissie die in de nota van wijziging nog niet is belegd);
- Hij kan in de regio een belangrijke rol spelen in het terugdringen van dwang en toezien op een voldoende en kwalitatief goed aanbod van alternatieven voor dwangzorg en van crisisplekken.
- Hij kan een stimulerende rol hebben met betrekking tot de mogelijkheden voor een eigen plan van de cliënt, dat maatwerk inhoudt.
- Hij is een makkelijk aanspreekpunt voor de gemeente / Meldpunt OGGz in het kader van het wederkerigheidsprincipe (randvoorwaarden). Maatwerk vraagt namelijk ook wat van gemeenten.

Standpunt LPGGz: wederkerigheidsprincipe nog onvoldoende uitgewerkt

Het wederkerigheidsprincipe is een wezenlijk onderdeel bij het toepassen van dwang als ultimum remedium, bij kwaliteit van zorg en bij de rechtsbescherming. De wetgever dient dit principe optimaal te regelen in situaties waarin grondrechten van burgers worden ingeperkt. Wederkerigheid schept een basis voor het herwinnen van de eigen regie, herstel en inclusie. Gemeenten krijgen hierbij een prominente rol vanuit de WMO. Het is in het wetsvoorstel niet duidelijk of en hoe de benodigde randvoorwaarden geregeld worden, zodat deze bij beëindiging van de zorgmachtiging gerealiseerd zijn.



Voorstel 2: Regel maatwerk door wettelijke borging van randvoorwaarden

De wetgever kan hier regels voor opstellen¹. Zorg in het kader van de WVGZ voor een sturende kracht die desnoods doorzettingsmacht heeft in het realiseren van het wederkerigheidsprincipe. De GD kan bijvoorbeeld in samenwerking met het Meldpunt OGGz hierbij een aanjaagfunctie hebben.

4. Is het toezicht voldoende gewaarborgd bij de verschillende vormen van dwangzorg, thuis en in een instelling?

In het wetsvoorstel ontbreekt een gedetailleerde toezichtparagraaf. Het grotendeels overlaten van het periodieke toezicht door de zorgaanbieder zelf bij de uitvoering van dwang is volstrekt onvoldoende. Het is een witte vlek hoe de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) namens de overheid extern toezicht op ambulante dwang zal houden. Dit vereist een aanpassing van het wetsvoorstel, daar de nota op dit punt minder in plaats van meer toezicht omvat dan de huidige BOPZ².

Standpunt LPGGz: toezicht(visie) op verplichte zorg in de WVGZ ontbreekt

Het LPGGz maakt zich ernstige zorgen over het toezicht en de handhaving door de IGZ in de WVGZ. Indien de overheid dwang toestaat mogen wij verwachten dat er ook een optimaal functionerend, onafhankelijke extern toezicht is op de individuele (rechts)bescherming van betrokkene. Dit geldt zowel voor intramurale als ambulante dwang. De IGZ blijft ondanks aandringen van onze kant onduidelijk over hun toezichtvisie en neemt een erg afwachtende houding aan.

Voorstel 3: Zorg voor een optimaal toezicht op (ambulante) dwang

Het LPGGz vraagt de Tweede Kamer om het ministerie van VWS opdracht te geven te komen tot een transparante en robuuste toezichtparagraaf in de WVGZ, waarin het onafhankelijk, periodiek en individueel toezicht en handhaving op de uitvoering van dwang geregeld is.

5. Overige aandachtspunten

Naast het beantwoorden van bovenstaande vragen, vraagt het Platform uw nadrukkelijke aandacht voor een aantal belangrijke punten uit de nota van wijziging. Wij noemen hieronder de meest dringende zaken en verwijzen verder naar bijlage 3 voor een uitgebreider overzicht van aandachtspunten die aanvulling / aanscherping behoeven in de wet.

• Honoreren van wilsbekwaam verzet

Het huidige wetsvoorstel biedt de zorgverantwoordelijke teveel ruimte om voorkeuren van betrokkene naast zich neer te leggen (art 2.1, lid 6). Ook het College voor de rechten van de mens vraagt waarom een wilsbekwame persoon met een beperking tegen zichzelf zou moeten worden beperkt³. Bouw betere waarborgen in voor het honoreren van wilsbekwame uitingen van betrokkene.

• Vervangen BOPZ erkenning door WVGZ erkenning

Het wetsvoorstel voorziet in het loslaten van de BOPZ erkenning die nodig is wil een zorgaanbieder dwang mogen toepassen. Het LPGGz maakt zich zorgen over het vervallen van deze erkenning en vraagt extra garanties van de overheid om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders en hulpverleners voldoende gekwalificeerd zijn om dwangmaatregelen te voorkomen en toe te mogen passen als ultimum remedium.

• Waarborgen van het vertrouwenswerk in de ggz

Het LPGGz ziet graag duidelijker in het wetsvoorstel de positie van de Stichtingen PVP en LSFVP benoemd als de instanties die het vertrouwenswerk rondom de WVGZ uitvoeren. Dit geeft een rechtswaarborg en een kwaliteitswaarborg die wij graag overeind willen houden.

¹ Het wetsvoorstel WWB (33 801, art 18, lid 4) voorziet bijvoorbeeld in verplichtingen aan de gemeente rondom sanctiebeleid.

² Zie ook artikel T. Widdershoven in JGGZR dec 2013, nr 8, pag 212.

³ College rechten van de mens, aug 2013/07, advies Goedkeuringswet en Uitvoeringswet VN Verdrag, pag. 11.



- **Waarborgen van privacy bij persoonlijke gegevensuitwisseling**

Meerdere actoren zullen voor de uitvoering van de WVGz toegang krijgen tot persoonlijke data van betrokkene en dienst familie. Het is van groot belang dat de privacy beschermd wordt bij de toegang tot deze data: wie, wanneer en waarin is er inzagerecht?

- **Mantelzorgplan**

Wij zien het mantelzorgplan graag terug in de nota van wijziging.

Wij hopen op uw steun voor onze punten en wensen u een goed debat toe.

Hoogachtend,

Waarnemend directeur,
Drs. H.M.C Nijboer



Bijlage 1: Veranderingen t.o.v. BOPZ en oorspronkelijk wetsvoorstel

A. Verbeterpunten WVGz t.o.v. de huidige BOPZ zijn o.a.

1. Eerdere toegang tot de PVP
2. De introductie van de FVP voor familie
3. Het recht op hoger beroep
4. Recht hebben op het maken van een eigen plan
5. Een beter onderbouwd verzoek aan de rechter
6. De zorgmachtiging met het zorginhoudelijk besluit van de rechter
7. Een duidelijkere rol voor familie
8. Het uitgangspunt van vrijwillige zorg en de nadruk op alternatieven voor dwang

B. Redenen voor invoeren commissies verplichte ggz in oorspronkelijke wetsvoorstel

In de Memorie van Toelichting uit 2010 staan duidelijke aanwijzingen die pleiten voor een onafhankelijk orgaan zoals de commissies verplichte ggz, omdat de GD eigen belangen kan hebben (Kamerstukken 2009-2010, 32 399 nr. 3, pag. 17 en 95) en er een onafhankelijk oordeel buiten het behandelperspectief nodig is.

Mvt 2010, Artikel 8:20 pag. 95:

“Om evenwicht te bereiken in de bevoegdheidsverdeling kan de geneesheer-directeur niet eigenstandig beslissen tot beëindiging van dwang. **Aangezien de zorgverantwoordelijke en de geneesheer-directeur een eigen belang kunnen hebben bij de beëindiging van de verplichte zorg is er voor gekozen om de commissie als onafhankelijke partij te laten adviseren over de beëindiging van de verplichte zorg (derde lid).** De commissie zal in haar advies het principe van wederkerigheid mee moeten wegen en beoordelen of de randvoorwaarden voor een succesvolle deelname aan het maatschappelijke leven voor betrokkene aanwezig zijn. Doordat de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke weten dat de commissie aan het principe van wederkerigheid toetst, zal dit er toe leiden dat zij zich actief zullen inspannen om de noodzakelijke voorwaarden voor deelname van betrokkene aan het maatschappelijke leven te realiseren. Waar nodig kan de geneesheer-directeur ook een beroep doen op de commissie indien de betrokken partijen zoals gemeenten of woningbouwcorporaties hun verantwoordelijkheid bij de wederkerigheid niet of onvoldoende invullen. De geneesheer-directeur en de commissie zullen vroegtijdig de nodige stappen moeten nemen om de noodzakelijke randvoorwaarden te realiseren, om te voorkomen dat betrokkene langer dan noodzakelijk aan verplichte zorg wordt onderworpen.

Mvt 2010, pag. 17:

“**De huidige procedure voorziet niet in een afzonderlijke deskundige inbreng buiten het behandelperspectief.** Dit zal de uniformiteit en kwaliteit van de adviezen die aan de rechter worden voorgelegd, substantieel verhogen, en recht doen aan andere, ook relevante, aspecten dan de zuiver psychiatrische kant van de zaak”.

Het is voor LPGGz niet duidelijk waarom deze argumenten voor de ministeries van VWS en VenJ niet langer geldig zijn. Dit wordt niet nader uitgelegd in de toelichting bij de nota van wijziging.

C. Doelen van het wetsvoorstel WVGz

Het oorspronkelijke wetsvoorstel WVGz beoogde de volgende doelen na te streven:

1. Versterken van de rechtspositie van personen met een psychische stoornis en hun familie.
2. Toepassing van dwang zoveel mogelijk voorkomen.
3. Verhogen van de kwaliteit van onder dwang verleende zorg.
4. Zorg integraal benaderen en op maat toepassen.
5. Ambulante dwang mogelijk te maken.
6. Toezicht op de toepassing van verplichte zorg adequaat vormgeven.



D. Oorspronkelijke taken en bevoegdheden commissies verplichte ggz

Het LPGGz heeft de beoogde taken van de commissie op een rij gezet, teneinde te kunnen toetsen of deze taken al dan niet in de nota van wijziging een plek hebben gekregen.

Taken commissies verplichte GGz, algemeen (Wet Verplichte GGz):

- Adviseren van de rechter over en te verzoeken tot afgifte van zorgmachtiging.
- Geneeskeer directeur adviseren over beëindiging van verplichte zorg.
- De zorgmachtiging ten uitvoer leggen.
- Tekortkomingen in de uitvoering van verplichte GGz signaleren en melden aan inspectie.
- Andere autoriteiten en instellingen betrokken bij de uitvoering van de wet adviseren.
- De samenwerking bevorderen met zorgaanbieders en andere autoriteiten en instellingen die betrokken zijn bij het verlenen van zorg en verplichte zorg.

De commissies verplichte ggz hadden de volgende specifieke taken in het voortraject tot de zorgmachtiging:

- Fungeren als instantie waar verzoek kan worden ingediend.
- Beslissen over ontvankelijkheid van dit verzoek.
- Alle relevante informatie boven tafel krijgen over de casus.
- Informeren van betrokken partijen over de procedure.
- Zorg dragen dat er een recente medische verklaring door onafhankelijke arts is.
- Hoorzitting houden waarbij individuele situatie zorgvuldig wordt bekeken incl. voorkeuren en wensen van de cliënt.
- Het ultimatum remedium principe (proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit) van de (verplichte)zorg nagaan.
- Zorg dragen dat wordt nagedacht over randvoorwaarden voor maatschappelijke participatie en herstel van cliënt.
- (verplichte) Zorg op maat vaststellen, ook mogelijkheden voor vrijwillige zorg en minder bezwarende.
- alternatieven voor verplichte zorg aangeven.
- Zorg dragen dat er een gedegen zorgplan is en zorgkaart.
- Verzoek indienen bij rechter tot afgifte van zorgmachtiging indien noodzakelijk.
- Informeren van PVP bij verzoek tot zorgmachtiging en crisismaatregel.

Tenslotte hadden de commissies ook taken bij de uitvoering en beëindiging van de verplichte ggz:

- Bijhouden van registers met data en bewaren ervan.
- Regels stellen m.b.t. deze registers.
- Behandelen van verzoek tot aanpassing zorgmachtiging.
- Vaststellen van model huisregels i.s.m. inspectie.
- Indien nodig advies uitbrengen m.b.t. overplaatsing en tijdelijke onderbreking van (verplichte) zorg.
- Advies uitbrengen over beëindiging van verplichte zorg, evt. voor te leggen aan rechter.
- Melden aan inspectie bij het gegronde vermoeden dat de uitvoering van de verplichte zorg ernstig tekortschiet.
- Bijhouden of iemand zich aan verplichte zorg onttrekt.
- Landelijke expertise en opleiding d.m.v. overkoepelend bureau.



Bijlage 2: Onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur in de Wet verplichte GGZ

Achtergrond

In oktober 2013 hebben minister Schippers en Staatssecretaris Teeven de Nota van Wijziging van het Wetsvoorstel verplichte GGZ naar de Tweede Kamer gestuurd. Daarmee is een mijlpaal bereikt in een belangrijk wetgevingstraject. De centrale wijziging in het Wetsvoorstel is het verdwijnen van de eerder beoogde “commissies verplichte GGZ”, die als onafhankelijk orgaan bedoeld waren een belangrijke rol in de besluitvorming rondom dwang te gaan spelen.

Een belangrijke reden om destijds met het commissiemodel aan de slag te gaan, lag in het zorginhoudelijke karakter van de nieuwe zorgmachtiging; De rechter, deskundig op juridisch terrein, wordt geacht zich op zorginhoudelijk gebied als een leek op te stellen in het proces⁴. Omdat een centraal punt van het wetsvoorstel het persoonsvolgende karakter van de te verlenen verplichte zorg is, is het zorginhoudelijke aspect van de nieuwe zorgmachtiging een noodzakelijk gegeven. Daarmee was de behoefte ontstaan om de rechter van een gedegen en onafhankelijk advies over de zorginhoudelijke aspecten van de aangevraagde zorgmachtiging te voorzien. Een van de belangrijkste taken van de commissie in het originele wetsvoorstel was het uitbrengen van dat advies.

De derde evaluatiecommissie omschreef het als volgt: *“Het uitgangspunt van passende zorg dat wordt gekenmerkt door maatwerk, brengt met zich mee dat de noodzaak van zorg en dwang door ter zake deskundigen wordt beoordeeld. Voor een goede uitvoering van de nieuwe wettelijke regeling acht de evaluatiecommissie het noodzakelijk dat er een commissie psychiatrische zorg als actor wordt geïntroduceerd. [...] Allereerst dient de commissie de rechterlijke beslissing inhoudelijk voor te bereiden door de rechter te adviseren door middel van een uitgebreid advies over de noodzaak tot en de wenselijke vorm van gedwongen zorg. De commissie zal op basis van haar eigen medische expertise, het juridische toetsingskader van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit, én rekening houdend met de belangen van de patiënt en zijn omgeving, over de passende vorm van gedwongen zorg ter afwijking van het gevaar moeten adviseren.”*⁵

In overeenstemming met de doelstelling van het wetsvoorstel om de rechtspositie van de cliënt te verstevigen, werd de commissie nadrukkelijk onafhankelijk gepositioneerd; De commissie werd een op zichzelf staand, bij wet gecreëerd orgaan, waarvan de leden door de minister werden benoemd, geschorst en ontslagen. Het belang van deze onafhankelijke positionering is voornamelijk te vinden in de grote rol die zij zou spelen in de zorginhoudelijke aspecten van het uiteindelijke besluit. Immers, door de hoge kwaliteit van het advies dat de commissie aan de rechter moest gaan uitbrengen, zou de rechter, vergelijkbaar met de praktijk onder de huidige wet BOPZ, zich een dichotomie kunnen voorleggen; De rechter werd door het zorginhoudelijk advies van de commissie in staat gesteld zich de vraag te stellen of verplichte zorg geboden is of niet, waarbij hij zorginhoudelijk het advies van de commissie kon volgen. Omdat een rechterlijk besluit altijd in onafhankelijkheid genomen dient te worden, was de onafhankelijke positionering van de commissies een noodzakelijke vereiste.

Daarnaast was de onafhankelijke positionering van de commissie ook belangrijk vanwege de bemiddelende rol die zij had toebedeeld gekregen, en vanwege haar rol van verzoeker in de rechtszaak.

De geneesheer-directeur en het verzoekschrift

Met het verdwijnen van de commissie uit het wetsvoorstel, verdwijnt ook het advies aan de rechter. Het wordt vervangen door een verzoekschrift, dat in de beoogde procedure het enige door ter zake deskundigen opgestelde document zal zijn, dat aan de rechter beschrijft welke vormen van verplichte zorg in de zorgmachtiging moeten worden opgenomen.

⁴ Hierover is in het verleden al veel geschreven in deze context, ik verwijs hier kort naar de Vordering tot herziening inzake L.I.Q. de B. door Prof. mr. dr. G. Knigge, (17-6-2008, LJN: BD4153) zoals o.a. geciteerd door Mr. dr. W.J.A.M. Dijkers in Journaal GGZ en recht 2011, pag. 28

⁵ rapport van de derde evaluatiecommissie BOPZ, Deel 1 Voortschrijdende inzichten, pag. 118-119



Te verwachten valt dat de *niet* ter zake (van zorg) deskundige rechter ook in de nieuwe constructie zichzelf de dichotomie zal voorleggen of verplichte zorg geboden is of niet, en in het overgrote deel der zaken zorginhoudelijk het verzoekschrift volledig of grotendeels zal volgen.

Dit maakt dat, om de onafhankelijkheid van het rechterlijk besluit te waarborgen, het van belang is om het verzoekschrift op onafhankelijke wijze tot stand te laten komen.

Dit is des te meer van belang daar het besluit van de rechter om de zorgmachtiging toe te kennen, een besluit inhoudt dat de Grondrechten van betrokkene ingrijpend beperkt.

In de Nota van Wijziging worden de meeste taken van de commissie herverdeeld, en vervalt een aantal taken van de commissie. De taken van de commissie die blijven, worden meestens geplaatst bij de geneesheer-directeur, die in de voorbereiding van de zorgmachtiging een centrale regisserende rol krijgt toebedeeld. De geneesheer-directeur ontvangt de aanvraag voor de voorbereiding van de zorgmachtiging en controleert deze op volledigheid en ontvankelijkheid. Hij informeert de betrokkene en diens vertegenwoordiger, draagt zo nodig zorg voor de toewijzing van een advocaat, wijst zo nodig een zorgverantwoordelijke aan, draagt zorg voor de medische verklaring en beoordeeld deze, en wijst de onafhankelijk arts aan die deze gaat opstellen. De geneesheer-directeur kan ook de voorbereiding van de zorgmachtiging opschorten om de betrokkene (en diens omgeving) in de gelegenheid te stellen een eigen plan van aanpak op te stellen. Uiteindelijk beslist de geneesheer-directeur of naar zijn oordeel voldaan is aan de criteria voor verplichte zorg, stelt zo daar aan voldaan is het verzoekschrift samen, en dient het in bij de rechter. De geneesheer-directeur heeft daarmee een procureursrol gekregen, zoals de Officier van Justitie die (althans formeel) onder de BOPZ heeft, en de commissies die in het originele voorstel hadden toegewezen gekregen.

De geneesheer-directeur is met deze Nota van Wijziging dus de spreekwoordelijke spin in het web geworden bij de voorbereiding van de zorgmachtiging, en heeft een sleutelrol gekregen in de besluitvorming over de zorginhoudelijke aspecten rondom dwangzorg.

Onafhankelijkheid

Het is juist die laatstgenoemde rol, in combinatie met de eerder genoemde dichotomie die de rechter zich zal (willen) voorleggen, die het van essentieel belang maakt dat de geneesheer-directeur onafhankelijk gepositioneerd is, om te garanderen dat het uiteindelijke rechterlijke besluit ook in alle zorginhoudelijke aspecten onafhankelijk tot stand is gekomen.

Een goede en objectieerbare standaard om aan af te meten of een orgaan (voldoende) onafhankelijk is, wordt neergelegd door het EHRM in haar jurisprudentie over art. 6 EVRM; Dat hof beschrijft vier aspecten die het beschouwt om de onafhankelijkheid van een orgaan te toetsen⁶:

- wijze van benoeming
- wijze van ontslag/duur zittingstermijn
- mate van garanties tegen ongewenste invloeden
- mate waarin het orgaan gezien wordt als onafhankelijk.

We zullen deze vier aspecten hieronder per stuk toepassen op de nieuwe rol van de geneesheer-directeur zoals die wordt voorzien in het wetsvoorstel na doorvoeren van de Nota van Wijziging:

1) *De wijze van benoeming*: De geneesheer-directeur wordt aangewezen door (de raad van bestuur van) de zorgaanbieder en is bij de zorgaanbieder in dienst (art. 1:1 onder h⁷).

De zorgaanbieder is een particuliere instelling die (als marktpartij) een belang zou kunnen hebben in de uitkomst van de procedures. Aanwijzing door, en een dienstverband bij de zorgaanbieder vormen daarom op zichzelf geen waarborg voor onafhankelijkheid.

De regering heeft er voor gekozen om middels art. 2:3 enkele waarborgen voor onafhankelijkheid in te bouwen, zoals een advies over de aanwijzing door de cliëntenraad, en de taakstelling aan de zorgaanbieder

⁶ Zie o.a.: Campbell & Fell vs UK, 28-6-1984, app. nrs.: 7819/77 & 7878/77, rechtsoverweging 78.

⁷ Waar in deze nota wordt verwezen naar een artikelnummer zonder verdere referentie, wordt bedoeld dat artikel in het wetsvoorstel zoals dat komt te luiden na doorvoeren van de Nota van Wijziging.



om de geneesheer-directeur zelfstandig en onafhankelijk zijn taken te laten uitvoeren, en hem daarover geen aanwijzingen te geven.

Het beoogde advies van de cliëntenraad⁸ zal op zichzelf de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur niet kunnen waarborgen, omdat de cliëntenraad voor haar informatie over de kandidaat afhankelijk zal zijn van de zorgaanbieder, en omdat het advies weinig invloed zal hebben op het verloop van de selectieprocedure waaruit de kandidaat naar voren is gekomen.

De taakstelling aan (de raad van bestuur van) de zorgaanbieder om de geneesheer-directeur onafhankelijk en zelfstandig zijn taken i.h.k.v. deze wet te laten uitvoeren⁹ is echter ook onvoldoende waarborg, om diverse redenen. Ten eerste houdt het dienstverband mede in dat het beëindigd kan worden door de zorgaanbieder (zie punt 2), en heeft de persoon die de functie van geneesheer-directeur bekleedt dus een stevige prikkel om het belang van de zorgaanbieder altijd goed in het oog te houden. Ten tweede geeft ook deze wet de geneesheer-directeur een rol als kwaliteitsfunctionaris binnen de instelling¹⁰, welke taakstelling natuurlijk uitsluitend kan worden uitgevoerd in nauwe samenspraak met de raad van bestuur, en de geneesheer-directeur in een hiërarchische positie plaatst t.o.v. behandelende artsen binnen de zorgaanbieder. Ten derde wordt nergens omschreven langs welke normen moet worden afgemeten of het functioneren van de geneesheer-directeur ook daadwerkelijk zelfstandig en onafhankelijk plaatsvindt. En ten vierde is er geen handhavingsmechanisme om de naleving van deze taakstelling te bewerkstelligen; Immers indien de raad van bestuur *toch* aanwijzingen heeft gegeven aan de geneesheer-directeur, zal het enerzijds bijzonder moeilijk zijn voor de betrokken cliënt om dat gerechtelijk te bewijzen (de cliënt heeft immers geen toegang tot de communicatie tussen rvb en gd), én zal een rechter enkel onder heel zware voorwaarden z'n besluitvorming over een zorgmachtiging laten beïnvloeden door dergelijke zaken (indien het alsnog bewezen zou worden). Ook zijn er in het hoofdstuk Handhaving (hst. 14) van het wetsvoorstel geen bepalingen opgenomen over het niet naleven van deze taakstelling.

Voor deze taakstelling geldt dus dat het een hoofdzakelijk theoretische stellingname is, en dat op geen enkele wijze wordt voorzien in handhaving er van.

In de wijze van benoeming zien we dus weinig waarborgen voor onafhankelijkheid.

In vergelijking met de commissies onder het originele wetsvoorstel, wiens leden benoemd zouden worden door de betrokken ministers, of in vergelijking met de OvJ onder de Wet BOPZ, die benoemd wordt door de minister van Justitie, moeten we wat dit betreft spreken van een achteruitgang.

2) *De wijze van ontslag/duur zittingstermijn*: Hierover kunnen we kort zijn: Omtrent het ontheffen van zijn functie, het ontslag, eventuele schorsing en zittingstermijn van de geneesheer-directeur is in het wetsvoorstel helemaal niets geregeld. Dit wordt dus geheel aan de raad van bestuur van de zorgaanbieder overgelaten, en daarmee wordt op dit gebied geen enkele waarborg ingebouwd om de geneesheer-directeur onafhankelijk (van de raad van bestuur) te laten functioneren.

3) *Mate van garanties tegen ongewenst invloeden*: Dit is een complexe vraag, die raakt aan veel aspecten van het wetsvoorstel, en aan aanpalende wetgeving. Zo vormen de strakke voorwaarden waaronder verplichte zorg kan worden verzocht aan de rechter¹¹, en de stevige procedurele eisen die aan de voorbereiding van de zorgmachtiging worden opgelegd¹², op zich enige mate van waarborg dat de genomen besluiten op de juiste gronden genomen worden. Ook is er natuurlijk de toets door de rechter of het verzoek op de juiste gronden tot stand is gekomen. Daarbij moet echter worden opgemerkt dat eventuele ongewenste invloeden zich niet noodzakelijkerwijze binnen het blikveld van de rechter hoeven te bevinden, noch weggenomen hoeven te worden door genoemde procedurele voorwaarden.

⁸ Art. 2:3 lid 1

⁹ Art. 2:3 lid 2

¹⁰ Art. 1:1 onder h maakt de gd "verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van zorg en de verlening van verplichte zorg" binnen de zorgaanbieder.

¹¹ Hst 2 & 3 v/h wetsvoorstel

¹² Hst 5 v/h wetsvoorstel



Verder vormen de kwaliteitseisen die op basis van andere wet- en regelgeving heersen, en die de arts die de functie van geneesheer-directeur vervult aansprakelijk maken voor foutief handelen zijnerzijds, een fundament voor het waarborgen van diens onafhankelijke functioneren. Op dat fundament legt dit wetsvoorstel dan nog de onafhankelijkheidseisen van art. 2:3 die we eerder al bespraken (zie punt 1), maar die richten zich *enkel* op de verhouding tussen de geneesheer-directeur en de raad van bestuur, en *niet* op diens verhouding met de rest van de wereld. Bovendien vormen die eisen, zoals hierboven besproken, op zichzelf onvoldoende waarborgen voor onafhankelijk functioneren.

Om te beoordelen of er voldoende bescherming tegen ongewenste invloeden bestaat, is het goed om te beschouwen welke mogelijke ongewenste invloeden zouden kunnen optreden. Zonder volledigheid te pretenderen, kunnen we ten minste een viertal mogelijke ongewenste invloeden benoemen, en bezien in hoeverre het wetsvoorstel tegen ieder van hen beschermt:

- **Financieringsstromen:** Er worden geen barrières opgeworpen voor aanvullende financieringsstromen richting de geneesheer-directeur, noch worden er eisen gesteld aan transparantie over eventuele aanvullende financieringsstromen.
- **Tunnelvisie:** de positionering van de geneesheer-directeur als kwaliteitsfunctionaris binnen de instelling, schept een direct samenwerkingsverband tussen behandelaars en geneesheer-directeur. Dit directe samenwerkingsverband brengt het risico met zich mee dat bij aanvragen tot verplichte zorg de controlerende positie van de geneesheer-directeur niet altijd afdoende bescherming biedt tegen eventuele tunnelvisie en/of beoordelingsfouten door behandelaars.
- **Institutionele belangen van de zorgaanbieder:** Zowel het dienstverband met de zorgaanbieder, als de rol van kwaliteitsfunctionaris daarbinnen, brengen met zich mee dat de institutionele belangen van de zorgaanbieder in enige mate kunnen samenvallen met zowel de professionele als persoonlijke belangen van de geneesheer-directeur. Op dit gebied wordt enige bescherming geboden middels art 2:3 lid 2, maar daarvan hebben we al eerder geconstateerd dat dit onvoldoende bescherming biedt, en geen handhavingsmechanismen bestaan om naleving er van af te dwingen.
- **Externe belangen:** Denk daarbij bijvoorbeeld aan contractonderhandelingen met zorgverzekeraars e.d. Hiervoor geldt hetzelfde als voor het eerste punt in dit rijtje: geen enkele bepaling is opgenomen om dergelijke invloeden op besluitvorming uit te sluiten of om transparantie te bewerkstelligen.

Juist de keuze voor het beoogde dienstverband met een particuliere (markt!)partij, zou voor de wetgever aanleiding behoren te zijn om de bescherming tegen ongewenste invloeden streng en gedetailleerd te reguleren. Er is echter voor gekozen om deze bescherming over te laten aan de zorgaanbieders zelf, en waar het de wet betreft terug te vallen op algemene beginselen, voor een fors deel neergelegd in andere regelgeving. Voor zo ver het de onafhankelijkheid *binnen* de zorgaanbieder betreft stelt de wet wel voorwaarden, maar die bieden zoals gesteld onvoldoende bescherming tegen ongewenste invloeden. De momenteel beoogde mate van bescherming tegen ongewenste invloeden moet dus als matig worden beoordeeld, en te verwachten valt dat indien het huidige wetsvoorstel wordt aangenomen, in de toekomst naar aanleiding van incidenten de behoefte zal ontstaan om deze bescherming nauwkeuriger te reguleren.

4) *De mate waarin het orgaan **gezien** wordt als onafhankelijk.* Dit aspect is natuurlijk vanuit een veelheid van standpunten te beschouwen, hier zullen we het beschouwen vanuit het standpunt van de cliënt. Immers, het is de betrokkene wiens grondrechten in het geding zijn, het is ook met de betrokkene dat de geneesheer-directeur straks zal moeten gaan samenwerken om te bezien of er toch nog mogelijkheden zijn tot vrijwillige zorg, en het is de betrokkene die (als procespartij én als patiënt) het meeste belang heeft bij onafhankelijk functioneren van de geneesheer-directeur.

Vanuit de betrokkene beschouwd is het dienstverband met de zorgaanbieder op zich geen aanwijzing voor onafhankelijkheid; Integendeel zal zo'n dienstverband veel betrokken cliënten juist het beeld opleveren dat behandelaars en geneesheer-directeur "onder één hoedje spelen". Dat dit niet gewenst is, vanuit het oogpunt van de behandelrelatie en van mogelijke samenwerking met betrokkene (vrijwillige zorg), spreekt voor zich.

Enige tegenkracht tegen dit beeld wordt weliswaar geboden door een aantal van de beoogde taken van de geneesheer-directeur, zoals de informatieplicht (art 5:6) en het besluiten over een evt. eigen plan van



aanpak (art. 5:7). Maar de wijze waarop in de praktijk vorm gegeven zal worden aan de nieuwe rol van de geneesheer-directeur, zal bepalend zijn in hoeverre deze als onafhankelijk gezien wordt door betrokkenen; Het wetsvoorstel zelf biedt hier weinig aanknopingspunten voor.

De zorgaanbieders kunnen op basis van de huidige tekst van het wetsvoorstel veel doen om de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur zichtbaar te maken voor hun cliënten. Bijvoorbeeld zouden zij onderling kunnen besluiten om de geneesheer-directeur een regionale, zorgaanbieder-overstijgende rol toe te bedelen, en/of hem te huisvesten in een faciliteit die buiten hun eigen accommodaties ligt. Ook zal een daadwerkelijk (en zichtbaar) onafhankelijk functioneren t.o.v. de behandelaars door veel betrokkenen herkend en erkend kunnen worden, hetgeen echter weer bemoeilijkt wordt door de rol als kwaliteitsfunctionaris die de geneesheer-directeur nauw doet samenwerken met dezelfde behandelaars. Voor dit punt geldt dat waar een nadrukkelijk onafhankelijke uitstraling door een orgaan of een functionaris ook de ruimte schept tot verregaande feitelijke onafhankelijkheid. Maar evengoed geldt het omgekeerde: een ingebedde, verbonden uitstraling bemoeilijkt onafhankelijk functioneren.

De tekst van het wetsvoorstel laat dit punt geheel aan de zorgaanbieders over, en biedt zelf maar weinig aanknopingspunten voor cliënten om straks de geneesheer-directeur in z'n nieuwe rol ook als onafhankelijk te ervaren. Daarmee loopt men het risico dat de beoogde onafhankelijkheid niet (voldoende) bereikt wordt.

Op alle vier de punten die het EHRM noemt als toets om de onafhankelijkheid van een orgaan te kwalificeren, scoort dit wetsvoorstel dus een onvoldoende voor zo ver het de (centrale) rol van de geneesheer-directeur betreft. We moeten daarom concluderen dat de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur in het huidige wetsvoorstel onvoldoende gewaarborgd wordt, waarmee de doelstelling van het wetsvoorstel om de rechtspositie van de cliënt te verbeteren onder zeer grote druk komt te staan. De nu voorgestelde constructie is dan ook hoogst onverstandig en ongewenst in onze ogen, en waarschijnlijk ook niet toekomstbestendig.

Aanbeveling

Om de voortgang van het wetgevingstraject niet al te veel verdere vertraging te laten oplopen, en om recht te doen aan alle tot nu toe ingebrachte zienswijzen, zal een oplossing voor het hierboven geconstateerde probleem het huidige wetsvoorstel zo veel mogelijk intact moeten laten. Wij bevelen dan ook aan om de nu beoogde nieuwe rol van de geneesheer-directeur grotendeels in stand te laten, alleen deze functionaris weg te halen bij de zorgaanbieders en in te bedden in de overheid.

Gedacht zou kunnen worden aan een benoeming (en evt. schorsing) door de minister, een dienstverband bij het ministerie van VWS, financiering uit de zorgverzekeringswet, en huisvesting bij de GGD-en van de centrumgemeenten van de regio's uit de wet publieke gezondheid (waar in het wetsvoorstel al bij aangesloten wordt). Daarbij kan men denken een vaste zittingstermijn, en een vastgesteld maximum aantal zittingstermijnen per persoon.

Alleen de (in voetnoot 7 genoemde) taakstelling als kwaliteitsfunctionaris binnen de instelling, zal in dit model op andere wijze moeten worden ingevuld. Maar *die* taken zijn nu juist een aspect waarvan het verwacht mag worden dat de zorgaanbieder daar zelf zorg voor draagt (overeenkomstig o.a. de kwaliteitswet zorginstellingen).

Een dergelijke constructie zou aan alle hierboven genoemde problemen op systematische wijze een oplossing bieden; Zowel deze wijze van benoemen als deze wijze van ontslag bevatten degelijke waarborgen voor onafhankelijkheid, het dienstverband bij het ministerie en de huisvesting bij de GGD bewerkstelligen dat de functionaris (door cliënten) als een onafhankelijk orgaan gezien worden, en de zuiver op deze wet en haar procedures gerichte taakstelling beschermt systematisch tegen allerlei ongewenste invloeden.



Een aldus ingebedde functionaris¹³ zou wél voldoen aan de heersende standaarden van onafhankelijkheid, vervult de behoefte aan een zorgvuldige zorginhoudelijke voorbereiding van de zorgmachtiging, en doet recht aan de betaalbaarheidseisen die voortvloeien uit de beperkte beschikbare middelen. Bovendien zal het profiel waaraan kandidaten zullen moeten voldoen door de overheid worden vastgesteld, en aldus ook de kwaliteit en de eenduidigheid van de taakuitoefening beter geborgd worden dan in het huidige wetsvoorstel.

Wij menen dan ook dat dit model een voor alle betrokken partijen aanvaardbare oplossing moet kunnen bieden.

Nijmegen, januari 2014.
Rutger C. Kips

¹³ Een nieuwe titel zal moeten worden gevonden om deze functionaris mee aan te duiden, omdat “geneesheer-directeur” te veel gelieerd is aan de zorgaanbieders, en bovendien een historisch verband suggereert met een functie die onder de nieuwe wetgeving sowieso niet meer zal bestaan. Men kan denken aan een titel als “psychiater-generaal”, “geneesheer-generaal”, “psychiater-procureur” o.i.d., maar uiteindelijk is de titel een ondergeschikt vraagstuk dat beantwoord kan worden indien men besluit het gedane voorstel te realiseren.



Bijlage 3: Aandachtspunten m.b.t. Nota van Wijziging WVGZ artikelsgewijs

Hoofdstuk 1

Art 1.6 Wilsonbekwaamheid

Hoe beoordeelt de zorgverantwoordelijke of iemand wilsbekwaam is en hoe lang is zo'n oordeel geldig? Vaak fluctueert de ernst van een ziektebeeld waarbij de betrokkene afwisselend wel en niet wilsbekwaam is. Bovendien is iemand dikwijls wilsbekwaam op bepaalde terreinen, maar niet op alle terreinen. Dit vraagt om aanvullende regels.

Hoofdstuk 2

Art 2.1 lid 1 en 2: Vrijwillige zorg

Wat acht de wetgever als voldoende mogelijkheden voor vrijwillige zorg? Kan dit worden afgeleid van een minimum standaard waar een zorgaanbieder in ieder geval aan moet voldoen qua mogelijkheden voor vrijwillige zorg? Deze formulering biedt teveel ruimte aan de zorgaanbieder.

Art. 2.1 lid 3 Proportionaliteit en subsidiariteit

Hoe worden proportionaliteit en subsidiariteit vast gesteld in de praktijk? Zijn er beslisbomen voor en zo ja, kan dit via AMvB worden vastgelegd dat deze beslisbomen toegepast dienen te worden op de werkvloer?

Wat verstaat de wetgever precies met veiligheid van de verplichte ggz?

Art 2.1 lid 4 Randvoorwaarden

“Er dient rekening te worden gehouden met de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te bevorderen”. Het wetsvoorstel vraagt om nadere uitwerking van deze randvoorwaarden en om wettelijke waarborgen zodat deze randvoorwaarden in het kader van het wederkerigheidsprincipe ook daadwerkelijk gerealiseerd worden.

Art 2.1 lid 5 en 6 Honoreren voorkeuren

Deze leden geven de zorgverantwoordelijke teveel ruimte om de voorkeuren van betrokkene naast zich neer te leggen. Wilsbekwaam verzet mbt schade voor de persoon zelf zou gehonoreerd moeten worden.

Art 2.1 lid 9 Extra eisen kinderen en jeugd:

Extra wettelijke vereisten zijn hard nodig gezien de huidige praktijk in de kinder- en jeugdpsychiatrie en gedwongen jeugdzorg. Het LPGGz vraagt de wetgever hier nader invulling aan te geven.

Art 2.2 Beleidsplan

De rol voor cliëntenraden ontbreekt. Cliëntenraden zouden een zwaarwegend adviesrecht moeten hebben mbt dit beleidsplan.

Art 2.3 lid 2 Onafhankelijkheid geneesheer directeur

Deze onafhankelijkheid vraagt om aanscherping in het wetsvoorstel. Zie ons standpunt en voorstel hiervoor.

Hoofdstuk 3

Art 3.2: lid f: Afzondering en separatie

Het beleid van de Inspectie is gericht op het verbod van separatie en eenzame opsluiting. De praktijk loopt daarmee voor op dit wetsvoorstel. Om deze wet toekomstbestendig te maken verdient het aanbeveling om het toetsingskader van IGZ, hun veldnorm insluiting en de ontwikkeling van HIC (extra beveiligde kamer) mee te nemen in deze wet in plaats van de term separatie.

Art 3.2, lid k:

Toevoegen: in het belang van iemands gezondheid en herstel.



Hoofdstuk 4: Zelfbinding

Aandacht ontbreekt voor de crisiskaart.

Hoofdstuk 5: Voorbereiding zorgmachtiging

Art 5.3 lid 1 Procedure meldpunt OGGz

Dit vraagt om nadere uitwerking hoe het verkennende onderzoek eruit ziet, wie deze uit mag voeren, de termijnen etc.

Art 5.7 lid 1: Eigen plan

De termijn van 2 dagen voor het vragen om een eigen plan is veel te kort.

Lid 2b en c Afwijzing eigen plan

GD zal schriftelijk en met argumenten onderbouwd moeten aantonen waarom een eigen plan niet mogelijk is. Uitgesloten moet worden dat iemand ten onrechte geen eigen plan meer kan maken.

Art 5.9 Medische verklaring:

Het LPGGz stelt als aanvullende eis een roulatiesysteem bij de aanvraag van een medische verklaring om te voorkomen dat een GD telkens bij dezelfde arts om een medische verklaring vraagt,. Dit geeft extra waarborg voor onafhankelijkheid.

Art 5.9 lid b:

Aanvullen met: 'ook geen beperkingen ivm tuchtrecht'.

Art 5.12 lid 3 Gegevensverstrekking via politie en justitie

Hier zal zeer terughoudend mee omgegaan dienen te worden.

Art 5.14 Zorgkaart

LPGGz heeft voorkeur voor de keuzevrijheid van betrokkene zelf te bepalen met wie hij/zij de zorgkaart opstelt. Daarnaast vraagt de term zorgkaart om nadere uitleg ivm het bestaan de crisiskaart ivm mogelijke overlap.

Art 5.15 lid 1c Zorgplan en rol gemeente

Het LPGGz vraagt om nadere uitwerking. Wie neemt er contact op met de gemeente: wie bij de gemeente is hiervoor contactpersoon, wat gaat deze functionaris doen? En welke gemeente: waar betrokkende tijdelijk verblijft of waar hij/zij daadwerkelijk woont? Wat te doen bij dak- en thuislozen?

Art 5.16 lid 1f: Minimale en maximale duur van vormen van verplichte zorg

Het LPGGz ziet hierbij de MDR dwang als richtinggevend. Wie zorgt ervoor dat de duur in de praktijk niet te ruim of te krap wordt geformuleerd?

Art 5.16 lid 1G Toezicht ambulante dwang

Hoe kan de GD de dwang in ambulante setting toetsen? Dit is nog onvoldoende uitgewerkt.

Art 5.20 lid 3 OvJ en medische verklaring

Hiervoor dienen dezelfde criteria te gelden als voor de medische verklaring die de GD aanvraagt.

Hoofdstuk 6 Zorgmachtiging

Art 6.1 lid 3: Horen verblijfplaats

Kan dit nog worden gegarandeerd nu een bepaalde groep rechters niet langer betrokkene op de verblijfplaats wil horen nav een incident vorig jaar?

Extra waarborg bij eerste afgifte:



Het LPGGz vraagt om een toevoeging waarbij de rechter sowieso de onafhankelijk arts, de GD en de zorgverantwoordelijke verplicht moet horen bij de besluitvorming voor de afgifte van een eerste zorgmachtiging (nieuwe cliënt in de ggz).

Art 6.3 lid 5 i

Moet een afschrift standaard altijd naar de OvJ gestuurd worden?

Art 6.5 Vervallen zorgmachtiging:

Toevoegen: Indien betrokkene verzoek hiertoe heeft ingediend en rechter positief heeft beschikt.

Hoofdstuk 7 Crisismaatregel

Art 7.5 medische verklaring

Idem als bij de GD regelen.

Art 7.5 Lid 3

Tevens navragen bij contactpersoon of familie/naaste over evt bestaande zelfbinding, zorgkaart of crisiskaart.

Art 7.6 lid c:

Idem als 7.5 lid 3

Hoofdstuk 8

Art 8.9

Het LPGGz mist een multidisciplinair overleg alvorens over te gaan op verplichte zorg.

Art 8.12 lid 7 termijn MenM

Hoe lang kunnen MenM maximaal duren in dit wetsvoorstel? Is dit een verruiming tov de huidige wet BOPZ?

.

Art 8.15 Huisregels

LPGGz vraagt de TK om een model huisregels.

Art 8.19 lid 6 Beëindiging

Als de GD besluit om een verzoek ter beëindiging van de zorgmachtiging niet door te geleiden naar rechter, wat is dan precies de procedure?

Art 8.21 Evaluatie

Het LPGGz mist tussentijdse evaluatie met betrokkene op gezette tijden.

Art 8.22 Gegevensuitwisseling

Het LPGGz maakt zich zorgen over het aantal actoren die toegang krijgen tot persoonlijke informatie.

Art 8.27 lid 2

Waarom dient de GD het verzoekschrift 5 jaar te bewaren als er geen zorgmachtiging wordt aangevraagd? LPGGz vindt deze termijn veel te lang.

Hoofdstuk 14 Handhaving

Toezichtvisie (ambulante) dwang IGZ in kader van deze wet ontbreekt.