

Aan:

Evaluatoren van de Wvvgz
Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ministerie Justitie en Veiligheid
Ketenpartners in de Wvvgz

Per e-mail

Utrecht, 15 april 2022

Kenmerk: LK/lw/2826/22

Betreft: Input voor de tweede fase wetsevaluatie Wvvgz

Geachte heer/mevrouw,

Zoals aangekondigd in onze gezamenlijke brief van 15 februari jl. geven de Nederlandse ggz en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie de evaluatiecommissie graag nog input mee voor de tweede fase van de wetsevaluatie. Deze tweede evaluatiefase richt zich op de doelstellingen van de wet en er worden een aantal thema's verdiept.

We beginnen deze brief met een aantal hoofdthema's, die aansluiten op de doelstellingen van de wet en de verdiepingsthema's van de wetsevaluatie. In de bijlage geven wij nog een aantal concrete knelpunten en oplossingsrichtingen mee aan de evaluatiecommissie.

Hoofdthema's

- **Rechtspositie**

Eén van de doelstellingen van de wet is om de rechtspositie van patiënten te versterken. Dat is op sommige specifieke onderdelen gelukt, maar als we de wet in zijn geheel bekijken, is de rechtspositie van patiënten niet duidelijk verbeterd. De ingewikkelde procedures en de grote hoeveelheid aan (soms) complexe brieven hebben juist het tegenovergestelde effect; de brieven zorgen regelmatig voor extra verwarring en escalatie. Als gevolg van de complexe wet zien we verschillen in de interpretaties van artikelen. Die verschillen zien we bijvoorbeeld terug waar het gaat om de wetsartikelen over wilsbekwaamheid of over de definitie van 'verzet' als één van de criteria voor verplichte zorg. In de praktijk is ook de juridische grens tussen vrijwillige zorg (Wgbo) en verplichte zorg (Wvvgz) soms moeilijk aan te geven. Door verschillende interpretaties ontstaat in de praktijk veel variatie en dat komt de rechtspositie niet ten goede. Doordat de wet zo complex is, is deze zelfs voor goed ingevoerde professionals moeilijk "foutloos" uit te voeren. De wet is zo complex geworden doordat er veel verschillende wensen en eisen in terecht moesten komen. Beter zou zijn om een heldere keuze te maken, zoals oorspronkelijk geformuleerd door de regering: een behandelwet, eenvoudig en toegankelijk.

- Voorkomen van verplichte zorg

Het voorkomen van verplichte zorg is een belangrijk onderdeel van de wet. Dit vraagt echter voornamelijk inhoudelijke inzet en moet niet door wetgeving afgedwongen worden. De wet kent nu een dubbele toetsing van verplichte zorg, namelijk legitimatie van vormen van verplichte zorg vooraf én het moment van besluit tot toepassing van verplichte zorg. Daarnaast geldt, ondanks dat de vormen van verplichte zorg essentieel verschillen in doel (zorg/beveiliging) en mate van ingrijpendheid, voor alle vormen dezelfde procedure en toetsing. De voorgenoemde feiten leiden niet tot het voorkomen van verplichte zorg. Wél zorgt het voor administratieve lastenverzwaring en toename van onduidelijkheid voor de patiënt.

De vraag die voorligt is of de huidige wetsbepalingen een juiste balans van macht en tegenmacht regelen. Dit is een moeilijke vraag, maar ons inziens is de tegenmacht nu te veel op afstand, te veel op basis van theoretische inschattingen en te weinig op de praktische noodzaak, te complex en met te veel papierwerk vormgegeven.

- Wensen en voorkeuren

Het betrekken van de patiënt en diens naasten en rekening houden met hun wensen en voorkeuren is een belangrijk uitgangspunt in de wet. We ondersteunen dat in alle fasen van de procedure rondom verplichte zorg de wensen en voorkeuren van de betrokkene waar mogelijk moeten worden onderzocht en toegepast. In de Wvvggz zijn daarvoor verschillende 'instrumenten' opgenomen, elk met een eigen procedure en bijbehorende termijnen. Wij zien tot onze spijt dat deze instrumenten in de complexe procedures niet tot hun recht komen en zo hun waarde verliezen. Ons voorstel is om in de Wvvggz het hoofdproces te regelen; wat te doen wanneer verplichte zorg noodzakelijk is. Hoe de wensen en voorkeuren van betrokkenen recht kunnen worden gedaan en adequaat worden betrokken, kan beter worden uitgewerkt door het veld, bijvoorbeeld in een nieuwe multidisciplinaire richtlijn of in de generieke module Assertieve en verplichte zorg. Dergelijke kwaliteitsstandaarden zijn bovendien veel eenvoudiger en sneller aan te passen dan wetgeving. Op die manier wordt het ook mogelijk om in de praktijk te onderzoeken wat het beste werkt en op basis daarvan de kwaliteitsstandaard(en) aan te passen. Bijkomend voordeel is dat de wet eenvoudiger wordt en het stimuleert het gebruik van instrumenten t.b.v. de wensen en voorkeuren van de patiënt.

- Wilsbekwaamheid

Een uitgangspunt in de Wvvggz is dat wilsbekwaam verzet gehonoreerd moet worden. Anders dan de HR lijkt te veronderstellen is wilsbekwaamheid geen statische eigenschap van de betrokkene, maar een dynamisch begrip. Het beoordelen van wilsbekwaamheid in alle fasen van de wet is theoretisch wel mogelijk, maar in de praktijk praktisch onhaalbaar en kan bovendien paradoxaal gaan werken¹.

Ons voorstel is om de beoordeling van wilsbekwaamheid ter zake uitsluitend te laten plaatsvinden voorafgaand aan de beslissing tot toepassing van verplichte zorg (art. 8:9). Dit sluit aan bij de bedoeling om van de Wvvggz een behandelwet te maken. Bovendien vindt de beoordeling dan op het relevante moment plaats. Over de rol die wils(on)bekwaamheid in de Wvvggz moet krijgen, denken wij graag mee.

- Wederkerigheid

Wederkerigheid is een belangrijk onderdeel van de wet waar wij volledig achter staan. Toepassing van verplichte zorg betekent namelijk ook een verantwoordelijkheid voor het scheppen van randvoorwaarden om de betrokkene te kunnen laten deelnemen aan het maatschappelijk leven. Helaas komt hier in de praktijk nog weinig van terecht. Dit wordt deels veroorzaakt door het feit dat de onderliggende

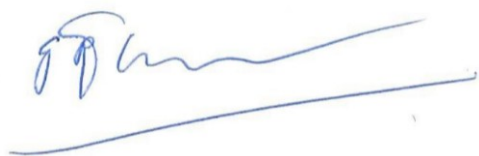
¹ A. Hondius, *Wanneer is er sprake van wilsbekwaamheid?* JGGZR 2022/7

stelselwetten de werking van de verplichte zorgwetten niet altijd ondersteunen. Ons voorstel is om de inspanningsverplichting van gemeenten concreter in de wet te formuleren (oplossingsvoorstel, zie hieronder in de lijst van knelpunten).

Wij hopen dat onze input bijdraagt aan de evaluatie. Uiteraard zijn wij bereid onze brief toe te lichten.

U kunt hiervoor contact opnemen met: Youp van Zorge (dNLggz) 06-55364037, yvzorge@denederlandseggz.nl en Lindsey Kurt (NVvP) 06-46602883, l.kurt@nvvp.net.

Met vriendelijke groet,



Mevrouw drs. G.R. Peetoom
Voorzitter de Nederlandse ggz



De heer E.J.D. Prinsen
Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie



Bijlage: Lijst knelpunten en oplossingen

Hieronder de knelpunten met onze voorstellen voor een oplossing, die nog geen plek hebben gekregen in de aanbevelingen in het eerste evaluatierapport. De knelpunten en oplossingen die wél aansluiten bij de aanbevelingen in het evaluatierapport, nemen wij mee in de taakgroepen en spiegelgroepen.



= doelmatig, maar niet uitvoerbaar in huidige vorm: aanpassing nodig



= niet doelmatig, niet uitvoerbaar: uit de wet schrappen

De crisismaatregel

<u>Onafhankelijkheid opstellen Medische verklaring (art 5:7 sub d Wvggz)</u>
<u>Toelichting:</u> Artikel 5:7 sub d bepaalt dat de psychiater die de medische verklaring afgeeft minstens 1 jaar geen zorg mag hebben verleend aan betrokkene. Om belangenverstrengeling te voorkomen, is dit een goed uitgangspunt, maar de uitvoerbaarheid wordt hierdoor bemoeilijkt. Het verlenen van zorg buiten de Wvggz wordt namelijk al als minimale betrokkenheid gezien. Als een psychiater bijvoorbeeld contact met betrokkene heeft gehad in de dienst, waarbij hij medicatie heeft geadviseerd (om verplichte zorg te voorkomen), en dat blijkt later in dezelfde dienst toch niet haalbaar, komt de psychiater in de knel als hij een medische verklaring wil opstellen. <u>Voorstel:</u> I.p.v. het huidige artikel 5:7 sub d, meer discretionaire bevoegdheid t.b.v. de psychiater om de eigen onafhankelijkheid vast te stellen. Anders zal het doel 'voorkomen verplichte zorg' niet haalbaar zijn. Hierbij zou het onafhankelijkheidscriterium ook onder de Wvggz vormgegeven kunnen worden op de wijze zoals die onder de BOPZ was vormgegeven (zie ook conclusie Langemeijer d.d. 17 september 2013 ECLI:NL:PHR:2013:950 en ECLI:NL:HR:2020:1012)

<u>Bevoegdheid verlenen tijdelijke verplichte zorg (art 7:3 lid 4 Wvggz)</u>
<u>Toelichting:</u> Wanneer betrokkene zich t in een algemeen ziekenhuis bevindt (bijv. op een afdeling of op de spoedeisende hulp) en er een beoordeling door een onafhankelijk psychiater moet plaatsvinden, moet een betrokkene kunnen worden 'vastgehouden' totdat de psychiater ter plaatse is. In artikel 7:3 lid 4 wordt het algemeen ziekenhuis, niet zijnde een Wvggz-zorgaanbieder, niet genoemd in het rijtje van 'bevoegd om tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel te verlenen'. <u>Voorstel:</u> Ook het algemeen ziekenhuis(personeel) in artikel 7:3 lid 4 benoemen.

<u>Grondslag voor betreden van woning door politie bij beoordeling en tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan CM (art 8:2 Wvvgg)</u>

<u>Toelichting:</u> Artikel 8:2 biedt de mogelijkheid aan de politie om, voor zover dat redelijkerwijs nodig is voor de tenuitvoerlegging van de crisismaatregel, de machtiging tot voorzetting van de crisismaatregel of de zorgmachtiging, de woning van betrokkene zonder zijn toestemming binnen te treden. Het mogen betreden van de woning in het kader van tijdelijk verplichte zorg is echter niet benoemd. Dit is dan ook de reden waarom politie in de praktijk kan weigeren om met de psychiater mee te gaan. Het gebeurt niet vaak, maar een wettelijke grondslag voorkomt onduidelijkheid en dient ter bescherming van de politie. Artikel 7.3 m.b.t tijdelijk verplichte zorg benoemt wél de vrijheidsbeneming en het overbrengen naar een beoordelingslocatie en wijst hierin ook bevoegdheden aan de politie toe.
<u>Voorstel:</u> In artikel 8:2 ook tijdelijk verplichte zorg benoemen.

De zorgmachtiging

<u>Rol van de GD</u>

<u>Toelichting:</u> Verspreid over verschillende wetsartikelen (bijv. artikel 2:1 lid 1) bepaalt de wet de rol van de GD in het toezien op kwaliteit van zorg en zorgaanbod, in het toepassen en voorkomen van verplichte zorg. Dit geeft de GD nagenoeg een bestuurlijke rol met betrekking tot kwaliteit en de volledigheid van zorg. Dat heeft duidelijke voordelen. Er is echter een forse belasting in de uitvoering en administratie en dat heeft vaak ook geen meerwaarde. Versimpeling van de wet zal zorgen voor een betere uitvoering van taken door de GD, aangezien hij/zij dan daadwerkelijk kan focussen op de kwaliteit van zorg en minder op de administratieve last die de wet met zich meegebracht heeft. De GD is nu een procesbewaker, dit levert te veel checks op in de procedure. NB. De onderzoekers zoeken de oplossing in meer ondersteuning van de GD. Dit leidt tot meer inzet waarvoor geen mensen beschikbaar zijn. Beter is het om een aantal procedures te vereenvoudigen (zie onder).
<u>Voorstel:</u> – Algehele versimpelingen in de procedures zoals voorgesteld in deze notitie kan leiden tot verbetering van de uitvoering van de rol van de GD. Hierbij is het belangrijk dat de rol van GD in ieder geval niet wordt uitgehold: de zware verantwoordelijkheid t.a.v. de kwaliteit van verplichte zorg moet bij de GD blijven.

- Delegeren van taken:
 - Ergens in de wet of toelichting opnemen dat taken mogen worden gedelegeerd of gemandateerd. Beiden gebeurt nu ook al, maar een wettelijke basis hiervoor is wenselijk.
 - Bijv. het overleg tussen een zorgverantwoordelijke, niet zijnde een psychiater, met de GD (art. 8:9). Indien je als zorgverantwoordelijke geen psychiater bent, dien je te overleggen en overeenstemming te bereiken met de GD, alvorens je beslist tot verlenen van verplichte zorg. Dit is een onnodige stap en hierin wordt de aanwezige (afdelings-)psychiater overgeslagen. De GD toetst te allen tijde de verplichte zorg en heeft ook al zijn bevindingen genoteerd bij de aanvraag van verplichte zorg, die door de rechter is toegekend. Dit overleg zou tussen zorgverantwoordelijke en team-psychiater moeten kunnen plaatsvinden.

Zelfbindingsverklaring (Hoofdstuk 4 Wvggz)



Toelichting:

De procedure bij een zelfbindingsverklaring (zbv) is onvoldoende uitgewerkt. Dit zorgt ervoor dat de waarde ervan niet duidelijk is. Daarnaast is minimale vertraging essentieel om de zbv doelmatig te laten zijn. Het feit dat de procedure cf. de huidige wet vertragend werkt, is de voornaamste reden dat de zelfbindingsverklaring nog relatief weinig wordt gebruikt.

Voorstel:

- Procedure bij een zbv nader uitwerken in de wet:
- Toets door rechter niet vooraf, maar zo spoedig mogelijk achteraf. Op deze manier kan, zodra de situatie van de zbv zich voordoet, direct verplichte zorg cf. de zbv worden toegepast.

Zorgplan (art 5:13 en art. 5:14 Wvggz)



Toelichting:

De functie van het zorgplan in het kader van de Wvggz is uitsluitend ten behoeve van het rechterlijke besluit over de zorgmachtiging. Er is reëel risico op verwarring tussen de begrippen van een behandelplan (Wgbo) wat op diverse plekken ook zorgplan genoemd wordt, en het zorgplan bedoeld in art 5:14 Wvggz. Het zorgplan doet vermoeden dat hierin staat welke zorg men daadwerkelijk krijgt, maar het gaat om de verplichte zorg die men kán krijgen.

Voorstel:

- Verhelder in de wet de bedoeling van dit onderdeel. Dit plan bestaat dan naast het bredere behandelplan van de zorgverantwoordelijke en is uitsluitend opgesteld ten behoeve van besluitvorming door de rechter.
- Overweeg ook een andere benaming ('plan verplichte zorg') en omschrijf de doelen helder om verwarring vanuit de terminologie te voorkomen.

- De wettelijke eisen aan het zorgplan (artikel 5:14 lid 1) versoepelen, zodat het zorgplan zijn oorspronkelijke doel (onderbouwing zorgmachtiging) kan dienen.
- Duidelijkheid verschaffen over het begrip 'overleg plegen' in artikel 5:13 lid 3. Wat bedoelt de wetgever hiermee? En kan 'overleg plegen' een wettelijke grondslag zijn voor gegevensuitwisseling door de zorgverantwoordelijke aan de in lid 3 genoemde personen, waaronder de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten? De wetgever geeft hier helaas geen duidelijkheid over.
- 5:13 lid 3 sub d schrappen. In de geestelijke gezondheidszorg wordt multidisciplinair gewerkt en het behandelplan wordt multidisciplinair besproken in aanwezigheid van betrokkene. Indien er een extra of andere deskundige moet worden geraadpleegd dan is dat ter beoordeling van de zorgverantwoordelijk en zijn team.
- 5:13 lid 4 en 5 wijzigen. Het betrekken van naasten is goed, maar betrokkenen willen dit echter vaak niet. Daarom wil je familie en naasten vaak in de tweede stap betrekken, dus nadat de zorgverantwoordelijke met betrokkene heeft kunnen spreken over het zorgplan. Ook in andere artikelen wordt de expliciete betrokkenheid van naasten genoemd. Er zou ook gekozen kunnen worden voor een meer algemeen artikel waarin de betrokkenheid van de naasten in het gehele proces goed wordt beschreven.

Procedure en termijn aanvraag aansluitende zorgmachtiging (hoofdstuk 5 Wvvgg)



Toelichting:

Voor de aanvraag van een aansluitende zorgmachtiging vraagt de wet dezelfde lange procedure als de eerste zorgmachtiging.

Een zorgmachtiging die moet aansluiten op de lopende zorgmachtiging, moet tijdig worden ingediend, zodat de officier van justitie vier weken van tevoren het verzoek voor de tweede aansluitende zorgmachtiging kan indienen.

In de reparatiewet is dit al opgelost voor de zorgmachtiging die volgt op de eerste zorgmachtiging van 6 maanden (6:5 sub a). Deze kan tot de expiratiedatum van de lopende zorgmachtiging worden ingediend.

Voorstel:

- Verkort de procedure voor een aansluitende zorgmachtiging. Aanvraag en aanwijzing van GD is niet nodig bij een aansluitende ZM. Het zou voldoende moeten zijn dat de ggz de stukken naar het OM stuurt. Ggz mist dan alleen de politie- en justitiegegevens, maar dat wordt opgelost met ons voorstel om de mogelijkheid tot het aanvragen van politie- en justitiegegevens niet te beperken tot het moment van aanvraag. Dat betekent dat gegevens ook later in het traject nog kunnen worden aangevraagd.
- Aanpassen termijn: Dezelfde oplossing als voor de zorgmachtiging van 6 maanden (6:5 sub a) ook doorvoeren voor de langer lopende machtigingen (6:5 sub b en sub c). Door het schrappen van de 4 weken-termijn kan de GD op een later moment beslissen of een nieuwe ZM nodig is. Dit betekent dat er bij een deel van de betrokkenen geen (achteraf onnodige) aansluitende ZM hoeft te worden aangevraagd.

<u>Voorwaarden aan zorgplan bij ambulante verplichte zorg</u>

<u>Toelichting:</u> Op grond van artikel 2:2 van het Besluit vggz is de zorgverantwoordelijke verplicht om voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan met ten minste één andere deskundige (en zo nodig deskundigen van andere disciplines) te overleggen over o.a. de wijze waarop bij ambulante verplichte zorg toezicht op de veiligheid van betrokkene wordt gehouden, het aantal zorgverleners dat op het moment van uitvoering van de verplichte zorg aanwezig moet zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen en de positie van familieleden en naasten. In het eerste evaluatierapport staat: “de rechtspraak blijkt tot nu toe weinig consistent over wat de gevolgen van het niet-vastleggen van deze voorwaarden in het zorgplan moeten zijn. Plomp betwijfelt de toegevoegde waarde en pleit voor het schrappen: in de praktijk dient op het moment van toepassing van verplichte zorg altijd te worden beoordeeld welke maatregelen nodig zijn om de veiligheid van betrokkene en/of anderen te garanderen.” (p.55)
<u>Voorstel:</u> Eens met het schrappen van deze voorwaarden. De procedure zorgmachtiging klinisch/ambulant moet gelijk worden getrokken.

<u>Wederkerigheid (artikel 5:13 lid 3c Wvvggz)</u>

<u>Toelichting:</u> Voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan moet de zorgverantwoordelijke overleg voeren met het college B&W wanneer blijkt dat essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven van betrokkene ontbreken. De memorie van toelichting beschrijft een gezamenlijke verantwoordelijkheid en samenwerking van ggz-instellingen en gemeenten om de continuïteit van zorg te waarborgen en terugval naar crisis te voorkomen. In de praktijk missen ggz-instellingen de samenwerking met gemeenten om de voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven voor betrokkene te regelen.
<u>Voorstel:</u> Inspanningsverplichting van gemeenten concreter in de wet formuleren. De zorgverantwoordelijke moet in het zorgplan aangeven welke essentiële voorwaarden ontbreken. De ontbrekende voorwaarden moeten dan ook gecommuniceerd worden aan gemeenten. Gemeenten moeten op hun beurt hierop reageren en in een ‘essentiële voorwaarden plan’ aangeven welke inspanning zij hebben gedaan op dit vlak. Dit leidt dus tot 2 nieuwe informatieproducten: 1. Informatie van ggz naar gemeenten over welke essentiële voorwaarden ontbreken en verzoek om reactie 2. Essentiële voorwaarden plan/terugkoppeling van gemeenten naar ggz (in afschrift naar betrokkene en advocaat)

<u>Grondslag informatiedeling vanuit PPC</u>

<u>Toelichting:</u> In de praktijk blijkt dat Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's) geen wettelijke grondslag hebben om (zonder expliciete toestemming van de patiënt) informatie te delen met de officier van justitie, de zorgverantwoordelijke of de onafhankelijk psychiater. Hierdoor kan in het bepalen van vervolgzorg, bijv. een 2.3 Wfz ZM, niet de laatste informatie meegenomen worden.
<u>Voorstel:</u> Wettelijke grondslag inbouwen

<u>Wvggz veiligheidsmaatregelen (art. 8:14)</u>

<u>Toelichting:</u> Onderscheid tussen wanneer iets wordt ingezet in het kader van veiligheid en wanneer als verplichte zorg is onvoldoende duidelijk.
<u>Voorstel:</u> Verhelderen

5. Verplichte zorg in de praktijk

<u>Uitvoering: onderdeel 'opnemen in accommodatie' (art 3:2 lid j Wvggz)</u>

<u>Toelichting:</u> De verplichte zorgvorm 'opnemen in accommodatie' zorgt ervoor dat de patiënt kan worden opgenomen als hij/zij zich daartegen verzet. Er zal in deze altijd gekozen worden voor de meest geschikte opnameplek. In de praktijk dien je, als dit een gesloten afdeling betreft, ook de verplichte zorgvorm 'beperken van bewegingsvrijheid' toe te passen, omdat opname in een accommodatie niets over de mate van beperking zou zeggen. De meeste afdelingen binnen de ggz zijn gesloten opnameplekken en deze twee vormen van verplichte zorg geven een vertekend beeld in de verplichte zorg cijfers.
<u>Voorstel:</u> In de aanvraag van verplichte zorg (crisismaatregel, voortgezette crisismaatregel of zorgmachtiging) moet worden gemotiveerd wanneer en waarom opnemen in accommodatie nodig kan zijn. Ervan uitgaande dat de meest geschikte plek gezocht wordt, die aansluit bij de problematiek, hoeft beperken van bewegingsvrijheid (om te kunnen plaatsen op een gesloten afdeling) er niet automatisch bij te worden aangevraagd. Dit is namelijk een vertekening van de verplichte zorg cijfers en extra administratieve last. Het beperken van de bewegingsvrijheid op een gesloten afdeling is automatisch onderdeel van de verplichte zorg 'opname in een accommodatie'.

<u>Beoordeling t.b.v. de medische verklaring (art 5:8 Wvvggz)</u>

<u>Toelichting:</u> In een uitspraak van de Hoge Raad d.d. 25 september 2020 (ECLI:NL:HR:2020:1509) staat dat de psychiater het medische onderzoek t.b.v. de medische verklaring Wvvggz in direct contact met de betrokkene moet verrichten, dat wil zeggen dat hij de betrokkene in diens <u>fysieke</u> aanwezigheid, spreekt en observeert. De ervaring van de afgelopen twee jaar heeft aangetoond dat hybride beoordelingen een goed alternatief bieden. Bij deze beoordelingen is een spv en arts-assistent op locatie bij betrokkene aanwezig en de psychiater spreekt betrokkene via een beeldbelverbinding. Het onderzoek en de medische verklaring zijn kwalitatief gelijkwaardig. Door patiënten wordt deze manier van beoordelen ook als heel prettig ervaren; één van de voordelen is dat de soms lange wachttijd wegvalt.
<u>Voorstel:</u> Neem in de wet op dat de beoordeling t.b.v. de medische verklaring ook onder bepaalde voorwaarden via beeldbelverbinding kan worden gedaan. De NVvP werkt momenteel aan een standpunt hierover.

<u>Overleg met betrokkene (art 8:9 Wvvggz)</u>

<u>Toelichting:</u> Zorgverantwoordelijke moet met betrokkene overleg voeren over de voorgenomen beslissing tot het verlenen van verplichte zorg. Het is niet duidelijk of en door wie deze taak kan worden waargenomen bij noodsituaties waarbij de zorgverantwoordelijke niet aanwezig is. Dit is wel onderdeel van de werkafspraken, maar leidt in de praktijk tot onduidelijkheid.
<u>Voorstel:</u> Het overleg met betrokkene ihkv art. 8:9 moet bij nood i.c.m. afwezigheid van de zorgverantwoordelijke ook door de verpleging kunnen worden gevoerd. Uiteraard wordt de zorgverantwoordelijke zo snel mogelijk geïnformeerd. Dit is al onderdeel van de werkafspraken tussen ketenpartners, maar het is wenselijk om dit in de wet op te nemen.



6. Klachtrecht

<u>Klachtgronden en schadevergoedingen (art 10:3 Wvvgz)</u>

<u>Toelichting:</u> De klacht- en beroepsmogelijkheid van de patiënt is in de Wvvgz verviervoudigd ten opzichte van de BOPZ. Deze is bedoeld om de rechtpositie van de patiënt te verbeteren. In de basis is dat een goed streven, maar nu schiet dat in onze ogen zijn doel voorbij. De procedures vragen veel tijd en doordat de klachtencommissie beslissingen kan schorsen, kunnen ze vertraging in de behandeling opleveren. Dat is zeker gezien de legitimatie vooraf een zware stap. De mogelijkheid om bij de klachtencommissie een schadevergoeding te vragen (art. 10:11) kan een aanzuigende werking hebben en zou pas als er sprake is van een gegronde klacht, apart verzocht moeten worden.
<u>Voorstel, in volgorde van voorkeur:</u> Optie 1: Schadevergoedingen uit de Wvvgz schrappen. Een letselschade-advocaat kan bij daadwerkelijk opgelopen schade altijd een schadeverzoek indienen. Het recht op schadevergoeding maakt onderdeel uit van de algemene wetgeving, zoals het Burgerlijk Wetboek (WGBO) en de Wkkgz. Dit hoeft dan niet nog eens in deze bijzondere wetgeving, de Wvvgz opgenomen te zijn. Optie 2: Inhoudelijke klacht en verzoek schadevergoeding splitsen. Optie 3: Klachtgronden beperken. O.i. is het meest relevant: is er een terechte beslissing tot verlenen van verplichte zorg genomen? Bij vereenvoudiging van de wet zullen naar verwachting bepaalde klachtgronden al vervallen.
<u>Opschortende werking (art 10:5 Wvvgz)</u>

<u>Toelichting:</u> Legitimatie van verschillende vormen van verplichte zorg ligt in het besluit van de rechter. Opschortende werking van klachtencommissie past daar niet bij en doorkruist noodzakelijke behandeling in bepaalde gevallen.
<u>Voorstel:</u> Opschorten moet alleen van toepassing zijn wanneer de behandeling uitstel kan verdragen. Dit zal bijvoorbeeld het geval zijn bij depotmedicatie en ECT-behandeling.
<u>Taken patiëntvertrouwenspersoon (11:1 lid 3a)</u>

<u>Toelichting:</u> De patiëntvertrouwenspersoon (PVP) heeft een soort toezichthoudende rol gekregen via de expliciete taak om tekortkomingen in de structuur en uitvoering van de zorg te melden. Dit is geen eigenlijke rol voor de PVP en het geeft een ongewenste vermenging van taken.
<u>Voorstel:</u> Schrappen als expliciete taak. Iedereen heeft immers de mogelijkheid om te melden.

7. Toezicht en handhaving

<u>Registratie verplichte zorg (art 8:24 Wvggz)</u>

<u>Toelichting:</u> Registratievereisten verplichte zorg zijn beperkt haalbaar. Toezicht is te veel gefocust op kwantitatieve gegevens i.p.v. op kwalitatieve gegevens. Eenduidigheid van cijfers is waarschijnlijk een utopie, terwijl daar veel van verwacht wordt en het heel veel inspanning vraagt. Doordat de verantwoording van toepassing van verplichte zorg te gedetailleerd en te complex is, is deze niet bruikbaar als spiegelinformatie en is het moeilijk op basis van deze informatie te leren en te verbeteren.
<u>Voorstel:</u> Weglaten uit de wet. Kaders voor toezicht opnemen in een toetsingskader IGJ. Processen moeten op orde zijn. Deze wettelijke verplichting voegt weinig toe. Inspectie en instellingen moeten los van de wet een eigen toetsingswijze bedenken, gericht op verbetering.

8. Samenhang Wvggz/Wzd

<u>Verplichting tot opnemen RM/Wzd</u>

<u>Toelichting:</u> Vanuit de Wzd is geen verplichting tot opnemen benoemd in geval van RM, behalve voor de 2.3 Wfz RM. Dit betekent dat wanneer de CIZ-indicatie na 4 weken verloopt, de RM ook is verlopen en de RM-procedure weer opnieuw gestart moet worden. De evaluatie bevat aanbevelingen gericht op het versoepelen van de overgang tussen de Wzd en de Wvggz. Het doorvoeren van de aanbevelingen is alleen zinvol als voorzien is in voldoende beoordelende professionals voor de VG en de PG, voldoende bedden en een implementatietraject Wzd. Zolang dit niet wordt geregeld, brengen deze aanbevelingen het risico met zich mee dat ze leiden tot een extra beroep op de Wvggz.
<u>Voorstel:</u> Alsnog een verplichting tot opnemen in geval van een RM toevoegen aan de Wzd. Voorstel: het niet opnemen van de wijzigingen m.b.t. de overgang Wzd/Wvggz voordat de randvoorwaarden geregeld zijn.

9. Samenhang Wvggz/Jeugdwet

<u>ZM vervalt bij machtiging gesloten jeugdhulp</u>

<u>Toelichting:</u> Artikel 6.1.2. lid 10 van de Jeugdwet bepaalt dat wanneer een ‘machtiging gesloten jeugdhulp’ wordt afgegeven voor een jongere met een zorgmachtiging (ZM) (specifiek ZM, crisismaatregel (CM) wordt niet genoemd), de zorgmachtiging per direct komt te vervallen. Dit levert een aantal problemen op: - Ten eerste lukt het praktisch nooit een gesloten plaatsing in de jeugdzorg per direct uit te voeren; daar gaat minstens een dag en soms weken overheen. Als de ZM per direct vervalt moet een jongere op vrijwillige basis kunnen blijven of er is acuut een CM nodig om de opname voort te kunnen zetten (en dat is met enige regelmaat zo). - Daarnaast suggereert lid 10 dat een Wvggz-regime niet naast een Jeugdwet-regime kan lopen, terwijl daar in praktijk wel degelijk behoefte aan is. Denk aan ambulante behandeling vanuit de ggz(IHT/FACT) die geboden wordt binnen een jeugdzorgkader. Regelmatig wordt jeugdzorg geconfronteerd met patiënten met forse psychiatrische problematiek waar het invliegen van expertise noodzakelijk is, maar waarvoor een jongere niet altijd toestemming geeft. Los van deze inhoudelijke punten is lid 10 niet in lijn met hoe de transfer van de Jeugdwet of de Wzd naar de Wvggz beschreven is.
<u>Voorstel:</u> Op het moment van uitvoering van de gesloten machtiging (plaatsing) wordt de evt. opname in accommodatie onder de Wvggz beëindigd, maar blijft de zorgmachtiging wel doorlopen.

10. Financiering

<u>Eigen risico</u>

<u>Toelichting:</u> De kosten van de werkzaamheden in het kader van een crisismaatregel of machtiging worden door de zorgaanbieder in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar. Deze kosten worden vervolgens doorbelast aan de betrokkene en vallen onder het eigen risico.
<u>Voorstel:</u> Het gaat hier om verplichte zorg, dus betrokkene heeft hier niet om gevraagd. Om deze reden zou het eigen risico hierop niet van toepassing moeten zijn; de kosten moeten volledig vanuit de Zorgverzekeringswet worden vergoed.