

Position paper Ypsilon inzake de Wet verplichte GGZ

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

Ypsilon is er duidelijk over: ze is blij met de komst van de WvGGZ. Al zo'n 20 jaar spant de vereniging zich in om de wet beter aan te laten sluiten bij de praktijk zoals familieleden die dagelijks tegenkomen. En dat lukt steeds beter.

IJKpunt is een rapport dat Ypsilon in 1996 naar buiten bracht onder de titel 'Bescherming voor psychotische mensen; problemen en aanbevelingen rond de wet BOPZ'. Daarin deed ze 9 aanbevelingen, waarvan er bij elke evaluatie wel een paar werden doorgevoerd.

We hebben er weliswaar 18 jaar (!) op moeten aandringen, maar met de komst van deze nieuwe wet worden drie belangrijke nog openstaande aanbevelingen doorgevoerd:

- Aanbeveling 2: Laat de wet (BOPZ) meer spreken vanuit het oogpunt van 'bescherming' dan vanuit het oogpunt van 'gevaar'.
- Aanbeveling 6: De wilsverklaring zou een wettelijke status moeten krijgen.
- Aanbeveling 8: Ambulante dwangbehandeling moet een alternatief kunnen vormen voor patiënten die buiten een psychiatrisch ziekenhuis beter af zijn.

Het leidt dus geen twijfel dat de nieuwe wet een verbetering ten opzichte van de BOPZ, maar dat wil niet zeggen dat het huidige voorstel ook het beste is. Er zijn onderdelen waarvoor verdere aanpassing beslist noodzakelijk is.

Zo is leemte ontstaan na het wegvallen van de onafhankelijke commissie, die in een eerdere versie werd voorgesteld. Dit is nog niet goed ingevuld: de positionering geneesheer-directeur is onvoldoende onafhankelijk en transparant. Wij verwijzen hierbij naar het terechte commentaar van de Raad van State. Een belangrijke angel in het huidige wetsontwerp verdwijnt als het voorstel van het LPGGz wordt overgenomen om een onafhankelijk orgaan te creëren dat bij voorkeur is ingebed bij de overheid.

Leidt deze wet tot verminderde opname en snellere inzet van gedwongen zorg thuis?

Ja, wij verwachten dat de WvGGZ daaraan in ieder geval zal bijdragen. Maar we hebben voldoende praktijkervaring om te beseffen dat de uitkomst niet alleen afhankelijk is van de wet: een ondeskundige beoordeling, een FACT-team dat ontbreekt in de betreffende regio, een passieve zorgverlener of een overbelaste geneesheer-directeur kunnen er, ondanks de wet, altijd toe leiden dat mensen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Met toch weer een grotere crisis, (ook forensische) opnames en zorgmijding tot gevolg. Zie ook het position paper van het LPGGz.

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

Ja. Het feit dat de wet een extra optie biedt (namelijk behandeling thuis) bóvenop de optie van behandeling na opname betekent per definitie dat maatwerk geleverd kan worden. Er kan meer dan nu rekening worden gehouden met de wensen van de cliënt en ook de familie/naasten/familievertrouwenspersonen krijgen meer erkenning en rechten.

Maatwerk betekent echter ook dat het wederkerigheidsprincipe wordt toegepast: tegenover een dwingende overheid moet een overheid staan die zijn best doet om goede zorg te leveren. Zoals het LPGGz bepleit: Zorg in het kader van de WvGGZ voor een sturende kracht die desnoods

doorzettingmacht heeft in het realiseren van het wederkerigheidsprincipe. De geneesheer-GD kan bijvoorbeeld in samenwerking met het Meldpunt OGGz hierbij een aanjaagfunctie hebben.

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

Nee, althans: we denken dat dit beter kan en ook beter moet. Kort samengevat: de geneesheer-directeur is te weinig onafhankelijk, het periodieke toezicht door de zorgaanbieder zelf is te mager en de rol van de Inspectie is niet helder. Uitwerking volgens de lijn van de Raad van State en het LPGGz is derhalve noodzakelijk.

Familie

Alvorens toe te komen aan nog een aantal 'losse' maar belangrijke punten, willen we eerst expliciet inzoomen op de rol van de familie en andere naastbetrokkenen.

Vanaf de stoel van Ypsilon valt in de eerste plaats op dat de familie niet langer buiten de deur wordt gehouden, maar gezien wordt als logische partner. Meteen in de inleiding staat het er duidelijk: 'Bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een zorgmachtiging of crisismaatregel worden de familie, de directe naasten van betrokkene en de huisarts zoveel mogelijk betrokken.'

Maar ook met simpelweg tellen zie je het verschil: in de oude BOPZ kwam het woord 'familie' 7 keer voor, in de nieuwe WvGGZ maar liefst 43 keer, waarvan een aantal keer in combinatie met de term 'familievertrouwenspersoon'. Dat is ook terecht: het past in de beweging die nationaal en internationaal gaande is.

Maar er is een keerzijde, die de LSFVP terecht in haar position paper aankaart: het gevaar dreigt dat naasten uitvoerder worden van alle dwang- en drangmaatregelen. De toename van ambulante verplichte zorg vraagt om scherpe criteria, toezicht op verplichte zorg en handhaving daarvan. Deze zien wij vooralsnog onvoldoende geëxpliciteerd in het wetsvoorstel. Juist daarvoor diende ook het mantelzorgplan dat de vrijwillige zorg en ondersteuning beschrijft die de familie en naasten bereid zijn te verlenen aan betrokkene. Dit mantelzorgplan is om onduidelijke redenen uit het laatste concept geschrapt, maar we pleiten ervoor dat het weer terugkomt.

Overige punten van belang

De vier gestelde vragen geven ook voor ons de kern weer van waar het in deze nieuwe wet om zou moeten gaan. Maar het zou jammer zijn als daardoor andere punten niet onder de aandacht komen. We noemen er een aantal puntsgewijs:

- **Honoreer wilsbekwaam verzet**
De wet beperkt zich terecht tot mensen die wilsonbekwaam zijn. Bouw betere waarborgen in voor het honoreren van wilsbekwame uitingen van betrokkene.
- **Vervang BOPZ-erkenning door WvGGZ-erkenning**
Dwangbehandeling en dwangopname zijn niet voor niets een ultimum remedium. Zorg er dan wel voor de betrokkene kan rekenen op gegarandeerde kwaliteit door instellingen aan te wijzen met een WvGGZ-erkenning.
- **Ook vertrouwenswerk verdient erkenning**
Benoem de stichtingen PVP en LSFVP als dé erkende instanties om het vertrouwenswerk rondom de WvGGz uit te voeren.
- **Waarborg de privacy bij persoonlijke gegevensuitwisseling**
Leg inzagerecht goed vast in het belang van betrokkene en diens familie
- **Zorg voor goede voorlichting**
Eerdere evaluaties lieten zien dat voorlichting over de wetswijziging soms tekortschiet.

Rotterdam, 14 januari 2014

Bijlage: Aanbevelingen BOPZ-rapport Ypsilon 1996

1) Om rechtsongelijkheid te voorkomen is het noodzakelijk dat de tekst van de wet BOPZ wordt aangepast.

De ervaring leert dat van hulpverleners niet kan worden verwacht dat zij zich houden op zowel de wet als de daarbijhorende jurisprudentie. Velen geven er blijk van de wet wel te kennen, maar interpreteren haar te rigide. Tegelijkertijd zijn zij zich hiervan niet bewust, waardoor ze niet ontvankelijk zijn voor aanvullende informatie. Aanscherping van de wetstekst zelf rest als enige mogelijkheid om rechtsongelijkheid tussen individuele patiënten of patiëntencategorieën te voorkomen.

2) Laat de wet BOPZ meer spreken vanuit het oogpunt van 'bescherming' dan vanuit het oogpunt van 'gevaar'.

Hierbij is het van belang te beseffen dat het begrip 'bescherming' veel breder is dan uitsluitend de bescherming van de *rechtspositie*. Onder bescherming kan ook worden begrepen de zorg, begeleiding en het verstrekken van medicijnen voor de categorie psychotische mensen zonder ziekte-inzicht.

Net als het begrip 'gevaar' is de term 'bescherming' zowel uit te leggen in de richting van de betrokkene als van de maatschappij. Ze sluit echter beter aan bij de hoopvolle tendensen van deze tijd (zoals bemoeizorg en casemanagement) en doet meer recht aan het achterliggende doel van de wet, te weten het algemeen welbevinden van het individu.

3) Er is een nadere differentiatie binnen de wet noodzakelijk, waarbij de groep van psychotische mensen zonder ziekte-inzicht als bijzondere categorie dient te worden omschreven.

Deze aanvulling voorkomt dat het gebrek aan realiteitszin als symptoom van een ziekte de behandeling van diezelfde ziekte in de weg staat. Met andere woorden: bij een (tijdelijk) gebrek aan ziekte-inzicht hoort het recht op zorg te prevaleren boven het recht op autonomie. Belangrijk is het te beseffen dat de betiteling 'psychotisch zonder ziekte-inzicht' geen statische is: zodra de psychotische verschijnselen afnemen en er (weer) ruimte is voor ziekte-besef, valt de betrokken patiënt automatisch in een andere categorie. Het omgekeerde is eveneens mogelijk: psychotische verschijnselen kunnen verergeren en het ziekte-inzicht (al dan niet tijdelijk) doen verdwijnen.

Daarnaast zou nog aan verdere differentiatie kunnen worden gedacht in de richting van de groep met een 'dubbele diagnostiek' van verslaving en een psychiatrische ziekte.

4) Er zou een inspanningsverplichting moeten gelden voor hulpverleners en rechters die garandeert dat zij zich voldoende hebben vergewist van de toestand van de patiënt alvorens zij besluiten over een gedwongen opname.

Vergelijk de juridische bepalingen inzake euthanasie. Een inspanningsverplichting zou ertoe leiden dat het niet langer mogelijk is te beslissen over opname op grond van alleen een gesprek met de betrokkene. De hulpverlener in kwestie zou moeten kunnen verantwoorden hoe hij tot zijn oordeel is gekomen. Een protocol of 'checklist' zou hierbij als handvat kunnen dienen.

5) Als bij elke andere vergelijkbare rechtszaak zou bij een beslissing van de rechtbank over IBS of RM een officier van justitie aanwezig moeten zijn.

In de huidige praktijk doet de rechtbank doorgaans een uitspraak zonder het pleidooi of zelfs de aanwezigheid van de officier van justitie. Dit bemoeilijkt de positie van welwillenden 'langs de zijlijn'. Omdat de betrokkene immers wel wordt vertegenwoordigd door een advocaat zijn vaak

hulpverleners of familieleden van de betrokkene genoodzaakt de 'andere kant' van het verhaal te laten horen. Zij zetten hiermee echter de vertrouwensrelatie met de patiënt op het spel.

6) De wilsverklaring zou een wettelijke status moeten krijgen.

In een dergelijke wilsverklaring annex zelfbindingscontract geeft de patiënt bij welbevinden aan dat hij wenst te worden opgenomen op het moment dat hij onverhoopt opnieuw psychotisch is geworden.

Om voldoende juridische status te hebben, zal het contract wel aan een aantal voorwaarden moeten voldoen. Ypsilon ontwikkelde hiervoor een voorbeeldtekst, die gemakshalve aan deze aanbevelingen wordt toegevoegd.

7) Psychotische mensen zonder ziekte-inzicht moeten onmiddellijk na (al dan niet gedwongen) opname worden behandeld om het beloop van hun ziekte zo gunstig mogelijk te houden.

Elke dag dat een psychose langer duurt, betekent een dag langer lijden voor de patiënt. Opname van de psychotische patiënt zal, anders dan bij veel andere patiënten, diens angsten (achtervolgingswanen, complottheorieën) doorgaans versterken. Een snel ingrijpen is dan ook geboden, te meer daar vroeginterventie een beter vooruitzicht geeft voor wat betreft het beloop van de ziekte.

Als extra adder onder het gras fungeert hierbij overigens de WGBO, die de behandelaar verplicht stelt met de patiënt te overleggen over een behandelovereenkomst. Ook hier is geen rekening gehouden met de groep psychotische mensen zonder ziekte-inzicht, bij wie een overleg nooit tot een zinnige overeenkomst zal leiden. Zolang de psychotische verschijnselen niet zijn afgenomen en de ruimte voor ziekte-inzicht nog ontbreekt, zal de behandelaar moeten werken zonder instemming van de patiënt. Dit sluit echter overleg van de behandelaar met de naasten van de patiënt (partner, familie) niet uit.

8) Ambulante dwangbehandeling moet een alternatief kunnen vormen voor patiënten die buiten een psychiatrisch ziekenhuis beter af zijn.

Met de invoering van de wet BOPZ is het mogelijk geworden patiënten met voorwaardelijk ontslag of verlof te sturen, terwijl hun maatregel nog loopt. Als voorwaarde wordt daar vaak aan gekoppeld dat de betrokkene in elk geval medicatie blijft gebruiken.

Dit komt dicht in de buurt van wat Ypsilon verstaat onder ambulante dwangbehandeling, met dit verschil dat aan een voorwaardelijk ontslag per definitie een opname vooraf moet zijn gegaan. Er zijn echter minstens zo veel situaties denkbaar dat iemand diezelfde voorwaarden meekrijgt *voordat* eventueel tot opname wordt overgegaan. Men zou het kunnen zien als vorm van rechtsongelijkheid die nota bene impliciet bij wet is vastgelegd.

Ernstig zieke mensen die dringend zorg behoeven, maar wier problematiek niet 'ernstig' genoeg is om (nog langer) voor gedwongen opname in aanmerking te komen - dat is in de ogen van Ypsilon de doelgroep die voor ambulante dwangbehandeling in aanmerking zou moeten komen. Net als bij het voorwaardelijk ontslag zou deze maatregel door de rechter moeten worden getoetst.

9) De wet BOPZ zou onderwerp moeten zijn van na- en bijscholing voor hulpverleners in de psychiatrie en in de rechtspraak.

Naar het oordeel van Ypsilon kan en moet de wetstekst aangescherpt om duidelijkheid te creëren naar buiten toe en zo min mogelijk mensen buiten de boot te laten vallen. Toch zal de jurisprudentie altijd aanvullende informatie bieden. Na- en bijscholing van de betrokken hulpverleners is dan ook zeker op zijn plaats.