

Wet verplichte GGZ: reflecties vanuit de praktijk

Mr. dr. Emke Plomp

Driebergen, 1 november 2019

Disclosure

- Psychiater, Altrecht, Acute Psychiatrie Zeist
- Juridisch adviseur en mediator, PSYCHOLEX
- Lid-jurist, RTG Zwolle

Doelstellingen Wvvgz

- Versterken rechtspositie van personen met psychische stoornis die tegen hun wil zorg wordt verleend
- Voorkomen van dwang en beperken van de duur van dwang
- Verhogen van de kwaliteit van verplichte zorg
- Integrale benadering van zorg op maat (*stepped care*)
- Betere rolverdeling tussen de verschillende actoren
- Intensivering van het toezicht door de IGJ

Belemmeringen om doelstellingen te realiseren

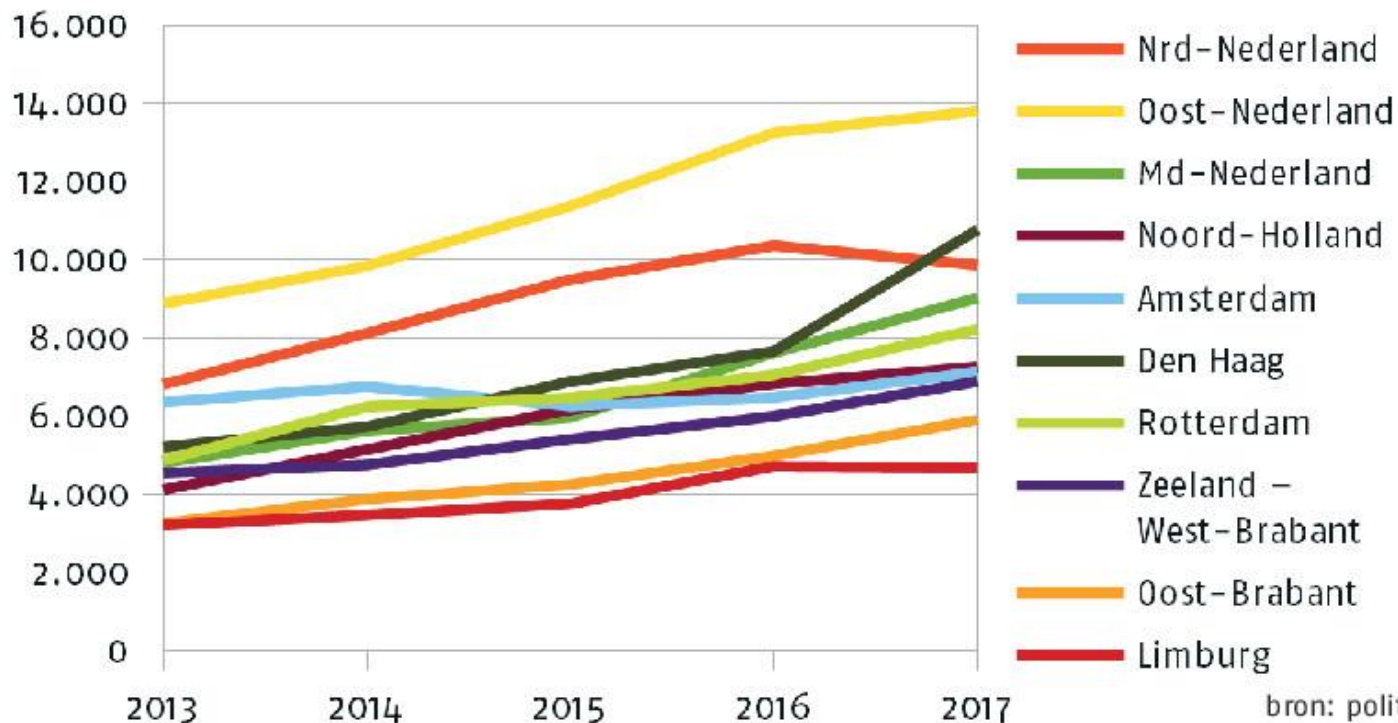
- Onvoldoende aandacht voor de **context** en **randvoorwaarden**
- Onvoldoende rekening gehouden met **uitvoerbaarheid**
- Deels gebaseerd op **onjuiste veronderstellingen**

Context (1)

- Steeds meer meldingen m.b.t. personen met verward gedrag
- Terugtrekkende beweging van de politie
- Maatschappelijke druk om patiënten met een psychische stoornis op te nemen
- Tegelijkertijd toenemende ambulantisering
- Bedden afgebouwd, nog onvoldoende ambulante zorg
- Noodzaak tot beperking van de zorgkosten
- Diverse stelselherzieningen
- Schotten in de financiering

E33-meldingen

AANTAL MELDINGEN INCIDENTEN VERWARDE PERSONEN

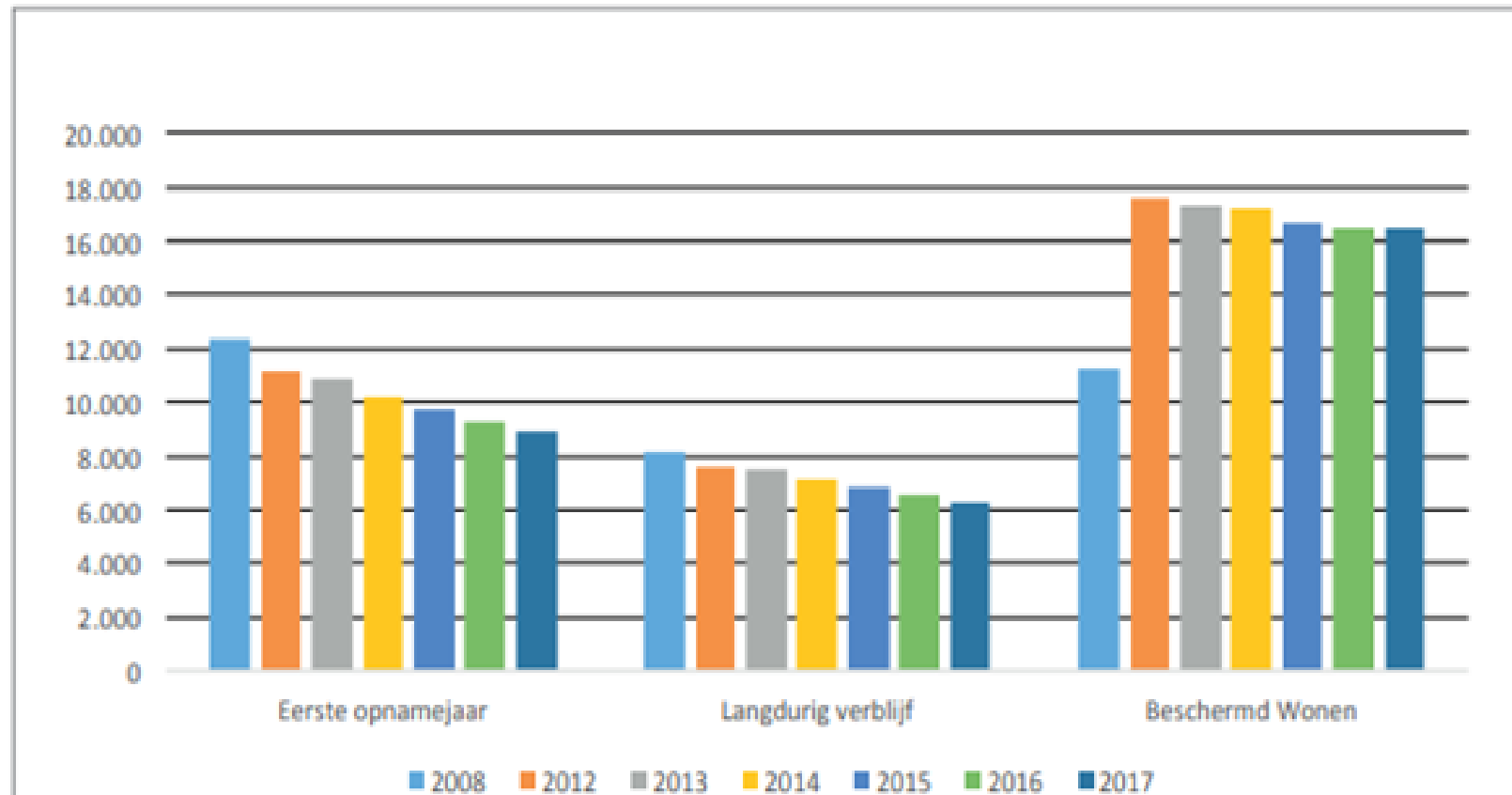


bron: politie

Context (2)

- Steeds meer meldingen m.b.t. personen met verward gedrag
- Terugtrekkende beweging van de politie
- Maatschappelijke druk om patiënten met een psychische stoornis op te nemen
- **Tegelijkertijd toenemende ambulantisering**
- **Bedden afgebouwd, nog onvoldoende ambulante zorg**
- Noodzaak tot beperking van de zorgkosten
- Diverse stelselherzieningen
- Schotten in de financiering

Figuur 1 Capaciteitsontwikkelingen klinische GGZ en beschermd wonen 2008-2017 (aantal plaatsen)*



Aantal bedden

Nederland – in vergelijking met andere landen

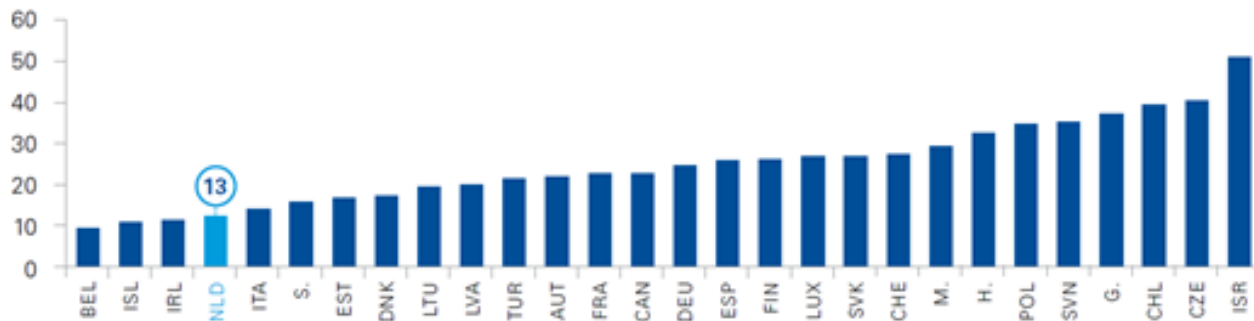
Figuur 10: Relatief hoog aantal bedden: 9,7 bedden in ziekenhuizen en intramurale GGZ instellingen per 10.000 inwoners voor psychiatrie in 2016



Gemiddelde opnameduur

Nederland – in vergelijking met andere landen

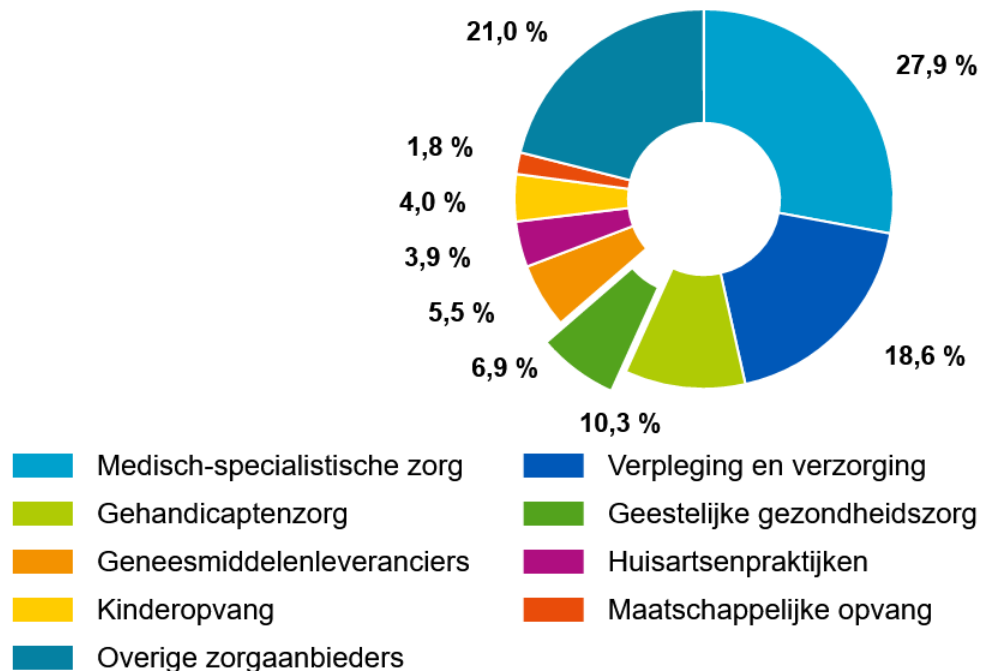
Figuur 11: Relatief korte ligduur (13 dagen voor intramurale zorg in 2016)



Context (3)

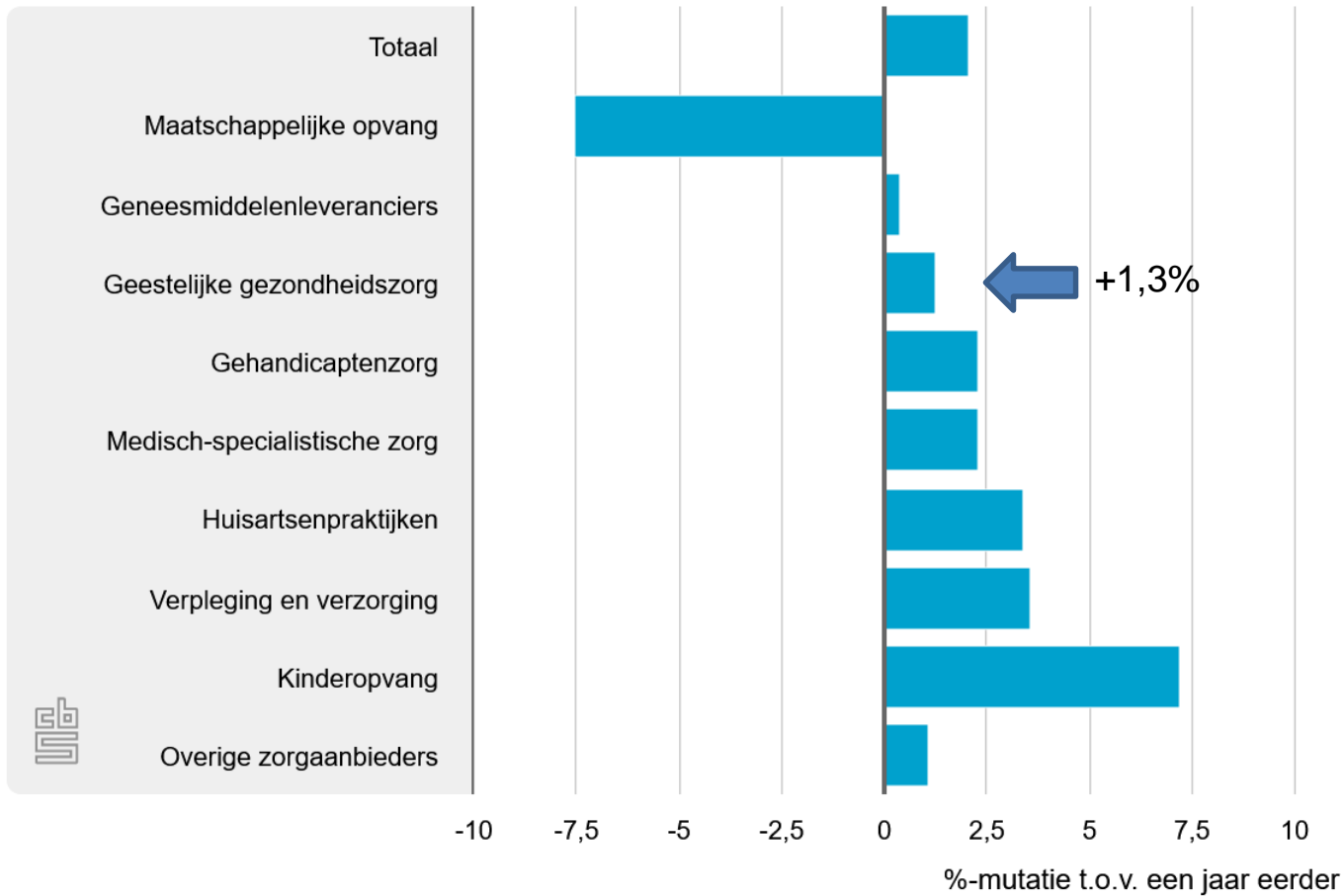
- Steeds meer meldingen m.b.t. personen met verward gedrag
- Terugtrekkende beweging van de politie
- Maatschappelijke druk om patiënten met een psychische stoornis op te nemen
- Tegelijkertijd toenemende ambulantisering
- Bedden afgebouwd, nog onvoldoende ambulante zorg
- **Noodzaak tot beperking van de zorgkosten**
- **Diverse stelselherzieningen**
- **Schotten in de financiering**

Uitgaven aan zorg, 2017



Overige zorgaanbieders: aanbieders van mondzorg, paramedische zorg, preventie, therapeutische middelen, ondersteunende diensten, jeugdzorg en sociaal werk, plus de uitgaven voor beleid en beheer.

Ontwikkeling zorguitgaven, 2017



De ggz sinds 1 januari 2015

Toezicht door NZa

Zorgverzekeringswet

Wet langdurige zorg



Context (4)

- Toenemende administratieve lasten
- Toenemend personeelstekort
- VN-Gehandicaptenverdrag



 GGZ NEDERLAND

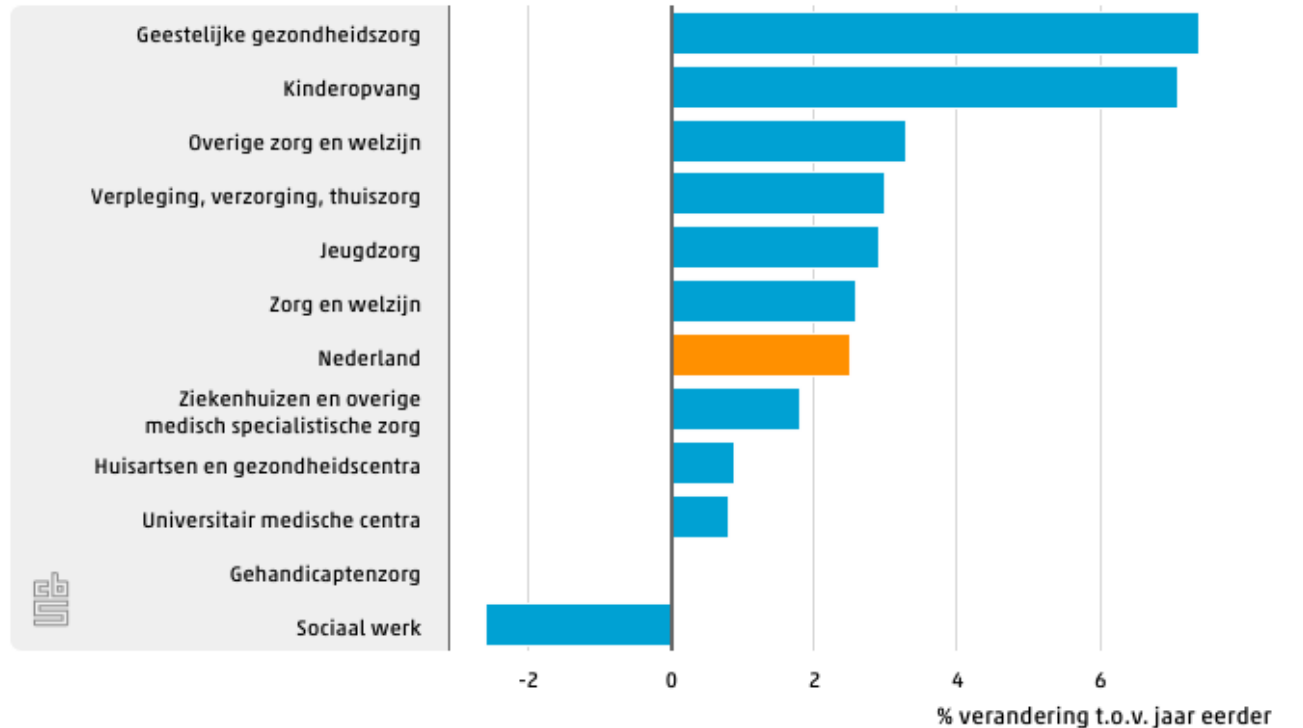
Onderzoek naar de
administratieve lasten
in de geestelijke
gezondheidszorg

Context (5)

- Toenemende administratieve lasten
- **Toenemend personeelstekort**
- VN-Gehandicaptenverdrag

Grootste toename vacatures in GGZ

Ontwikkeling werknemersbanen zorg en welzijn, 3^e kwartaal 2018



Tekort aan artsen

Arbeidsmarktmonitor vierde kwartaal 2018

Bron: Medisch Contact

rang dit kwartaal	rang vorig kwartaal	specialisme/profiel	aantal vacatures	omvang beroeps-groep**	vacatures per 100 artsen
1	1	verslavingsarts KNMG	25	199	12,6
2	3	arts verstandelijk gehandicapten	25	251	10,0
3	2	psychiater (incl. kinder- en jeugd)	319	3782	8,4
4	4	SEH-arts KNMG	45	582	7,7
5	5	specialist ouderengeneeskunde	125	1743	7,2
6	15	arts infectieziektebestrijding KNMG	7	139	5,0
7	12	jeugdarts KNMG	47	1052	4,5
8	8	klinisch geriater*	13	320	4,1
9	22	chirurg	52	1536	3,4
10	13	revalidatiearts	21	644	3,3
11	29	gynaecoloog	39	1228	3,2
12	26	radiotherapeut*	11	357	3,1
13	11	plastisch chirurg*	11	381	2,9
14	9	bedrijfsarts	48	1682	2,9

Context (6)

- Toenemende administratieve lasten
- Toenemend personeelstekort
- **VN-Gehandicaptenverdrag**

Vraagtekens bij uitvoerbaarheid (1)

- **Administratieve lasten**
- Termijnen
- Uitbreiding klachtgronden en schadevergoeding
- Toepassing ambulante verplichte zorg
- Veiligheid in klinische setting
- Patiënten met verschillende rechtsposities
- Gegevensuitwisseling

Procedure aanvraag ZM en start verplichte zorg (1)

1. Melding bij college B&W
2. Opdracht tot verkennend onderzoek
3. Verslag verkennend onderzoek
4. College B&W doet aanvraag voor ZM bij OvJ
5. OvJ stuurt persoonsgegevens naar rechter voor toevoeging advocaat
6. OvJ wijst geneesheer-directeur aan
7. OvJ verstrekt GD zelfbindingsverklaring, eerdere machtigingen, politiegegevens, justitiële gegevens en strafvorderlijke gegevens.
8. GD informeert betrokkene vertegenwoordiger, advocaat, aanvrager over voorbereiding verzoekschrift.
9. GD informeert betrokkene over mogelijkheid van bijstand door familielid of naaste bij opstellen van plan van aanpak, zelfbindingsverklaring, zorgkaart en zorgplan.
10. GD vraagt betrokkene om toestemming voor verstrekken persoonsgegevens aan pvp.
11. GD verstrekt persoonsgegevens aan pvp.
12. GD wijst zorgverantwoordelijke aan.
13. Betrokkene laat GD weten of hij plan van aanpak wil opstellen.
14. GD overlegt met OvJ, hoort evt. betrokkene/vertegenwoordiger.
15. GD besluit of voorbereiding ZM geschorst wordt.
16. GD vraagt onafhankelijke psychiater medische verklaring op te stellen.
17. GD verstrekt onafhankelijke psychiater de noodzakelijke gegevens.
18. Zorgverantwoordelijke stelt met betrokkene zorgkaart, zorgplan en evt. zelfbindingsverklaring op.
19. Zorgverantwoordelijke wijst betrokkene op mogelijkheid zich daarbij te laten bijstaan door familielid, naaste en/of pvp.
20. Zorgverantwoordelijke overlegt voorafgaand aan vaststellen van het zorgplan met familie, naasten, zorgverleners, huisarts, college B&W, deskundigen.
21. Zorgverantwoordelijke stelt betrokkene, vertegenwoordiger, familie en naasten in de gelegenheid mondeling hun zienswijze kenbaar te maken.
22. Zorgverantwoordelijke verstrekt zorgkaart en zorgplan aan GD.
23. Zorgverantwoordelijke zorgt voor opname van gegevens in het patiëntendossier.
24. Onafhankelijke psychiater overlegt met zorgverantwoordelijke of huisarts.
25. Onafhankelijke psychiater onderzoekt betrokkene.
26. Onafhankelijke psychiater stelt medische verklaring op en verstrekt deze aan GD.

Procedure aanvraag ZM en start verplichte zorg (2)

27. GD beoordeelt zorgplan/plan van aanpak.
28. GD stelt voorstel voor ZM op.
29. GD stuurt stukken naar OvJ.
30. OvJ besluit over indiening verzoekschrift.
31. OvJ informeert betrokkene, vertegenwoordiger, advocaat, aanvrager, zorgverantwoordelijke.
32. Rechter hoort betrokkene, in principe in aanwezigheid van OvJ.
33. Rechter beslist over al dan niet verlenen van zorgmachtiging.
34. Rechtbank stuurt afschrift aan betrokkene, vertegenwoordiger, advocaat, ouder(s) van minderjarige, echtgenoot/partner, aanvrager ZM, gezinsvoogdijwerker, zorgaanbieder, GD, zorgverantwoordelijke, huisarts, Inspectie en OvJ.
35. OvJ **start tenuitvoerlegging**: stuurt afschrift ZM aan zorgaanbieder.


Start tenuitvoerlegging ZM

36. Zorgverantwoordelijke stelt zich op de hoogte van de actuele gezondheidstoestand van betrokkene.
37. Zorgverantwoordelijke overlegt met betrokkene over de uitvoering van verplichte zorg.
38. Zorgverantwoordelijke beoordeelt of betrokkene wilsbekwaam terzake is.
39. Zorgverantwoordelijke beslist (eventueel in overleg met GD) tot verlenen van verplichte zorg en stelt de beslissing hiertoe gemotiveerd op schrift.
40. Zorgverantwoordelijke verstrekt beslissing aan GD.
41. Zorgverantwoordelijke maakt in het dossier aantekening van datum, tijdstip, wilsbekwaamheid, acuut levensgevaar, gevaar voor ander.
42. GD verstrekt afschrift van beslissing aan betrokkene, vertegenwoordiger en advocaat en informeert hen schriftelijk over de mogelijkheid van het indienen van een klacht en advies en bijstand door de pvp en fvp.
43. Start verplichte zorg.


Start verplichte zorg

Vraagtekens bij uitvoerbaarheid (2)

- Administratieve lasten
- **Termijnen**
- Uitbreiding klachtgronden en schadevergoeding
- Toepassing ambulante verplichte zorg
- Veiligheid in klinische setting
- Patiënten met verschillende rechtsposities
- Gegevensuitwisseling

Verlenging of beëindiging zorgmachtiging

- GD dient tijdig aanvraag voor nieuwe zorgmachtiging in bij OvJ.

- OvJ dient (al dan niet) verzoekschrift voor nieuwe zorgmachtiging in, uiterlijk 4 weken voor het einde van de looptijd van de bestaande ZM.

- Rechter beslist binnen 3 weken over nieuwe zorgmachtiging (max. 12 maanden).

- GD besluit tot onvoorwaardelijke beëindiging van alle vormen van verplichte zorg.
- Indien ook beëindiging van opname: na medische verklaring van onafhankelijke psychiater + overleg met college B&W en OvJ
- GD informeert OvJ over beëindiging.
- GD kan voor continuïteit van zorg relevante familie/naasten en college B&W informeren.

Vraagtekens bij uitvoerbaarheid (3)

- Administratieve lasten
- Termijnen
- Toepassing ambulante verplichte zorg
- Veiligheid in klinische setting
- Patiënten met verschillende rechtsposities
- Uitbreiding klachtgronden en schadevergoeding
- Gegevensuitwisseling

Wat zien we (nu al) gebeuren? (1)

- Officier van justitie zal in ca. 65% van de gevallen op de zitting aanwezig zijn.
- Burgemeester mandateert hoorplicht aan anderen (waaronder mogelijk een *call center* van Khonraad).
- Huisartsen willen geen verantwoordelijkheid dragen voor de uitvoering van (somatische) onvrijwillige of verplichte zorg.
- De politie wil zo min mogelijk betrokken worden bij de uitvoering van de Wet verplichte GGZ.

Wat zien we (nu al) gebeuren? (2)

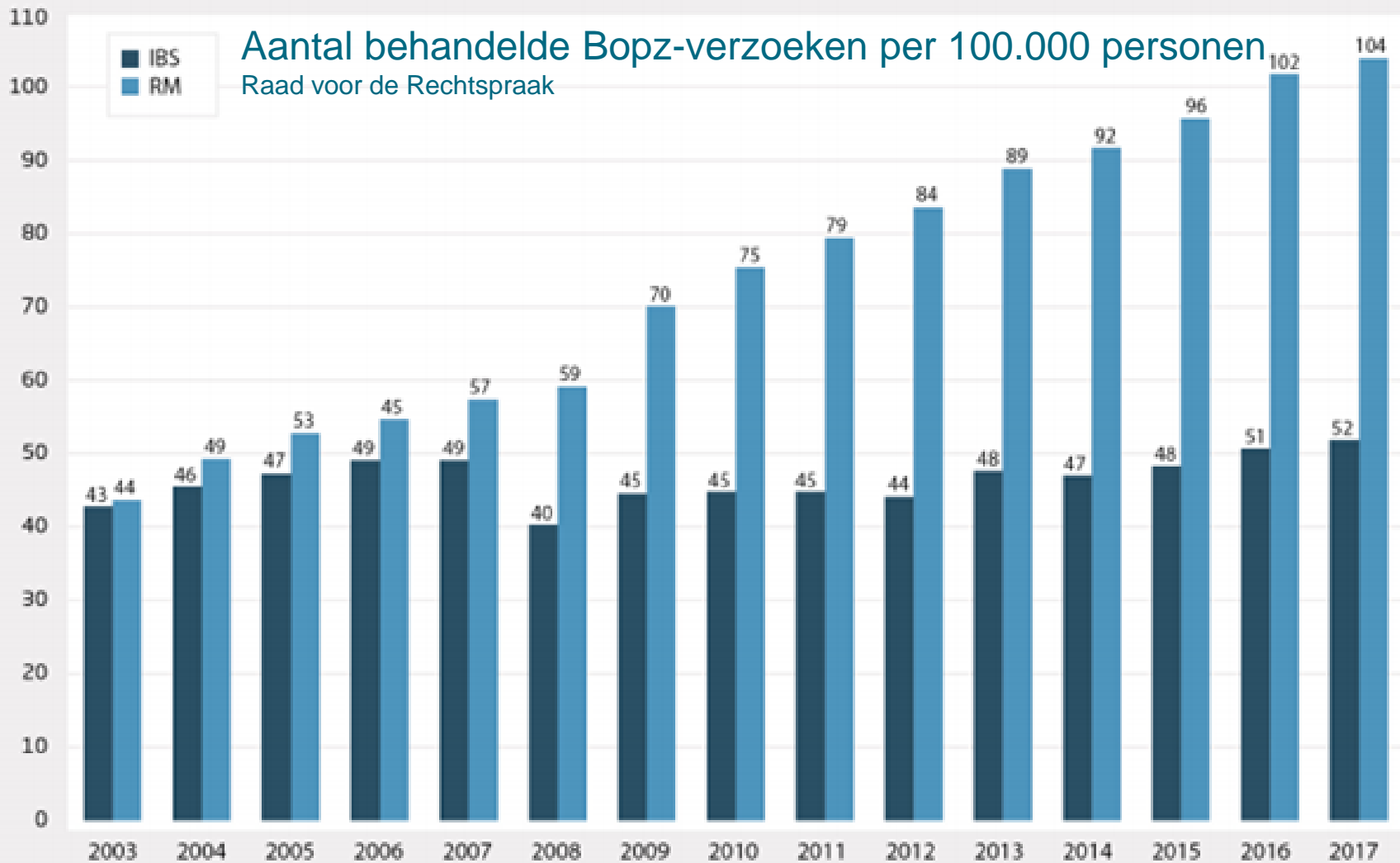
- GGZ-instellingen willen de Wet zorg en dwang niet uitvoeren.
- De NVvP adviseert veel vormen van verplichte zorg ambulant niet toe te passen.
- GGZ-instellingen nemen deze niet op in het beleidsplan.
- Zorgverantwoordelijken willen taken mandateren.
- Psychiaters willen zoveel mogelijk vormen van verplichte zorg in de crisismaatregel of zorgmachtiging laten opnemen.
- Geneesheren-directeuren willen liever geen onvoorwaardelijk ontslag na een opname verlenen.

Gevolgen van beperkte uitvoerbaarheid

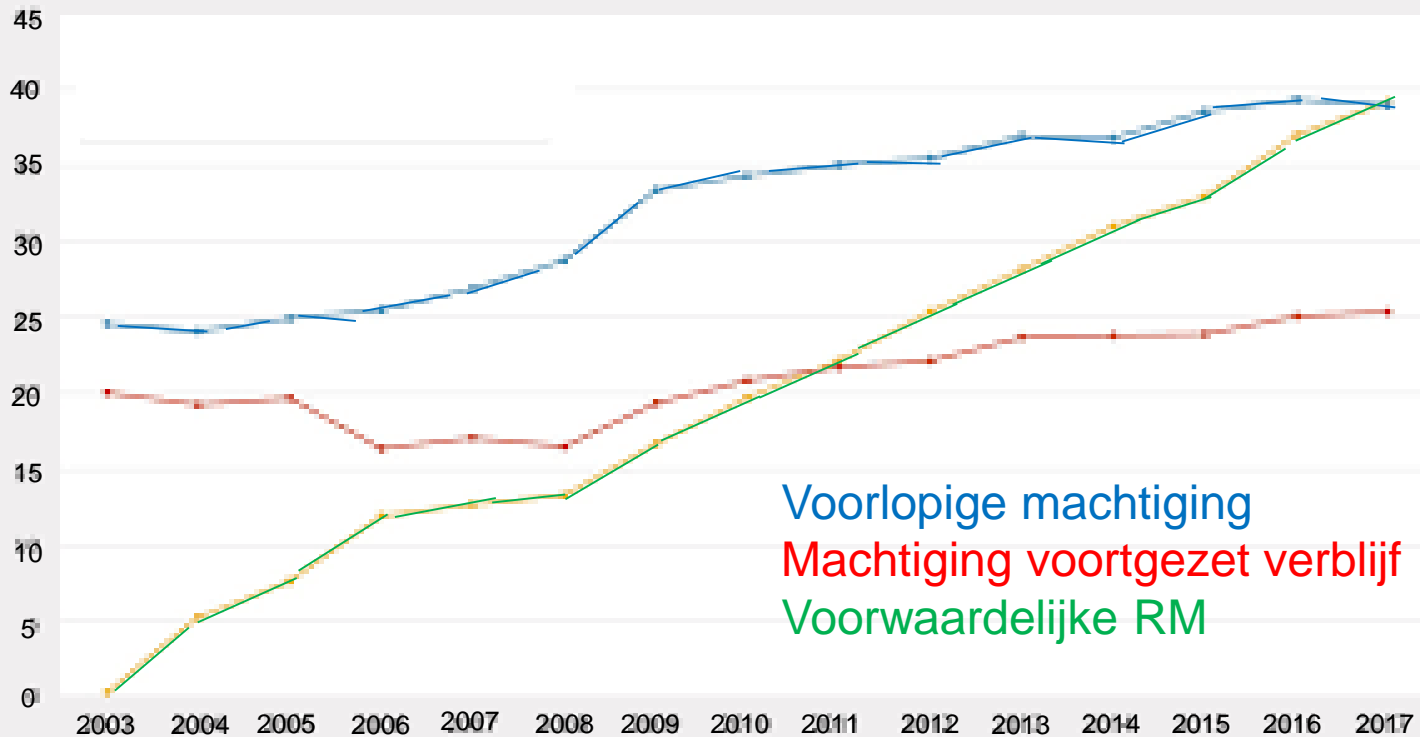
- Focus op het (net) voldoen aan regels in plaats van de beoogde verandering in attitude/bewustwording
- Rechtspositie van de patiënt is alleen op papier verbeterd.
- Wellicht zelfs meer dwang?

Onjuiste veronderstellingen (1)

- De mogelijkheid van ambulante verplichte zorg leidt tot een afname van dwang en/of een afname van gedwongen opnames.
- Het is voor een psychiater eenvoudig in te schatten welke verplichte zorg een patiënt de komende 6-12 maanden nodig heeft.
- Welke stoornis 'primair' aanwezig is, is een eenduidig criterium dat gebruikt kan worden om te bepalen welke rechtspositionele regeling het meest passend is.



Aantal rechterlijke machtigingen



Bron: Raad voor de rechtspraak

Internationale literatuur (1)

- Internationale literatuur (met name VS): geen aanwijzingen dat verplichte ambulante zorg leidt tot een vermindering van het aantal heropnames.

Internationale literatuur (2)

- *Compulsory community treatment (CCT)* blijkt niet effectiever dan vrijwillige behandeling wat betreft de uitkomst van de behandeling, het aantal heropnames, medicatietrouw of patiënttevredenheid.
- Patiënten ervaren CCT als beperkend en paternalistisch, maar verkiezen dit wel boven een gedwongen opname. Het vertrouwen van patiënten in de werkzaamheid van CCT leek redelijk groot.

Onjuiste veronderstellingen (2)

- De mogelijkheid van ambulante verplichte zorg leidt tot een afname van dwang en/of een afname van gedwongen opnames.
- Het is voor een psychiater eenvoudig in te schatten welke verplichte zorg een patiënt de komende 6-12 maanden nodig heeft.
- Welke stoornis 'primair' aanwezig is, is een eenduidig criterium dat gebruikt kan worden om te bepalen welke rechtspositionele regeling het meest passend is.

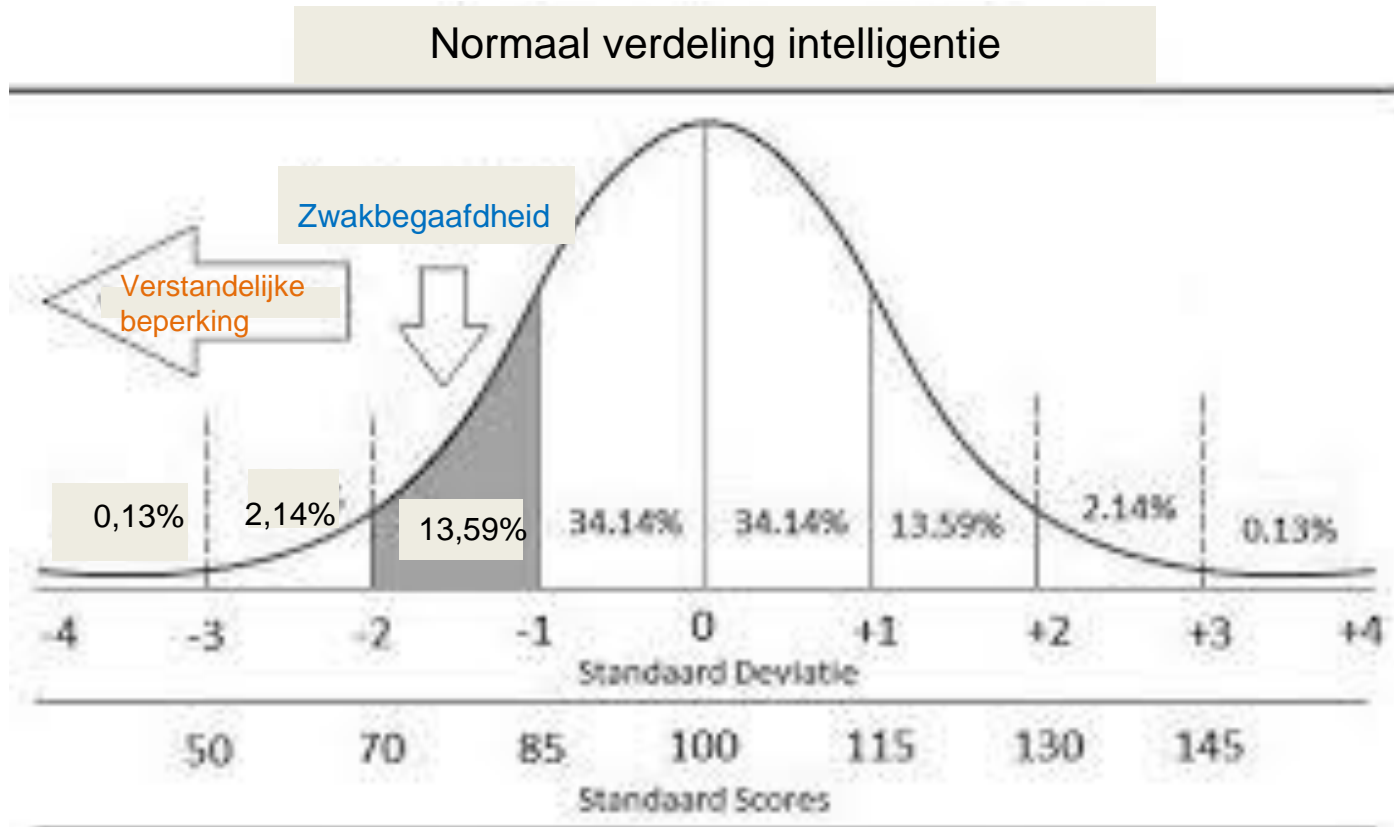
Dilemma

- Bij een 'beperkte' zorgmachtiging zullen **frequente wijzigingen** nodig zijn en is er een gerede kans op de noodzaak voor **tijdelijk verplichte zorg in een noodsituatie**.
- Een 'brede' zorgmachtiging kan ervoor zorgen dat de toetsing vooraf door de rechter feitelijk **weinig betekenis** heeft.

Onjuiste veronderstellingen (3)

- De mogelijkheid van ambulante verplichte zorg leidt tot een afname van dwang en/of een afname van gedwongen opnames.
- Het is voor een psychiater eenvoudig in te schatten welke verplichte zorg een patiënt de komende 6-12 maanden nodig heeft.
- **Welke stoornis 'primair' aanwezig is, is een eenduidig criterium dat gebruikt kan worden om te bepalen welke rechtspositionele regeling het meest passend is.**

Verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid



TABEL 2 Prevalentie van mensen met een lager IQ in Nederland¹

IQ	prevalentie
70-85	2.200.000
< 70	115.000
50/55-70	55.000
< 50	60.000

Uitgebreide overlap in doelgroepen

- Van de patiënten die naar de GGZ worden verwezen heeft naar schatting ca. 20% een lichte verstandelijke beperking (LVB).
- De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij personen met een LVB is 30-60%.
- Bij personen met LVB en verslaving heeft 78% een comorbide psychiatrische stoornis.

Sommige stoornissen 'gelijkgesteld'

- Syndroom van Korsakov
- Ziekte van Huntington
- Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)

Steeds meer overlap in praktijkvoering

- Ook in de psychiatrie toenemende ambulantisering
- Voor een deel dezelfde interventies (zeker bij meervoudige problematiek)
- Niet zozeer de stoornis op zichzelf, maar de wijze waarop deze tot uiting komt bij een individuele patiënt bepaalt welke vormen van gedwongen zorg eventueel noodzakelijk zijn.
- De vormen van gedwongen zorg die worden ingezet en de duur daarvan bepalen in belangrijke mate hoe ingrijpend deze zijn.

Conclusie

- De verschillen in rechtspositie tussen de Wet verplichte GGZ en de Wet zorg en dwang zijn niet te rechtvaardigen op basis van alleen de stoornis die primair aanwezig is.

Stelling 1

- Bij de eerste evaluatie van de Wet verplichte GGZ moet vooral aandacht worden besteed aan de uitvoerbaarheid van de wet. De rechtsbescherming van de patiënt staat of valt met de uitvoerbaarheid.

Stelling 2

- Niet de stoornis die primair aanwezig is, maar de gedwongen zorg die geïndiceerd is en de mate van inbreuk op de rechten van de individuele patiënt/cliënt die deze zorg meebrengt zouden bepalend moeten zijn voor de regeling van de rechtspositie in de Wet verplichte GGZ en de Wet zorg en dwang.

Stelling 3

- Indien de onvrijwillige zorg die aan een persoon met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening wordt verleend mede de behandeling van een psychische stoornis omvat, zou (vooralsnog) altijd de Wet verplichte GGZ van toepassing moeten zijn.

Stelling 4

- De regeling van somatische dwangbehandeling in de WGBO zou moeten worden uitgebreid met aanvullende rechtspositionele waarborgen. Vervolgens zou de mogelijkheid van het toepassen van verplichte of onvrijwillige somatische zorg weer uit de Wet verplichte GGZ respectievelijk de Wet zorg en dwang moeten worden geschrapt, zodat uiteindelijk voor alle patiënten ten aanzien van somatische zorg dezelfde rechtspositie geldt.

Dank voor uw aandacht!

PSYCHOLEX

Contact: info@psycholex.nl
www.psycholex.nl

PSYCHOLEX