

Aan de staatssecretaris voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. P. Blokhuis
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Utrecht, 3 juli 2020

KNMG
Mercatorlaan 1200
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

088 - 440 42 03

directiesecretariaat@fed.knmg.nl

Referentie

RH/RRO

Onderwerp

internetconsultatie reparatiewet Wvggz en Wzd

Geachte heer Blokhuis,

De KNMG heeft met belangstelling kennisgenomen van het concept wetsvoorstel tot wijziging van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd), zoals u dat op 4 juni jongstleden in internetconsultatie bracht. Het wetsvoorstel beoogt de uitvoering van beide wetten te vereenvoudigen en technische onvolkomenheden en omissies te herstellen. Graag geeft de KNMG onderstaand haar reactie op enkele onderdelen van dit conceptwetsvoorstel. Deze reactie geven wij overigens mede namens de NVAVG.

In de eerste plaats zijn wij verheugd dat het wetsvoorstel een aantal technische verbeteringen bevat en ook de nodige uitvoeringslast rond beide wetten wegneemt. Wel menen wij dat die last nog steeds erg groot blijft en dat de keus om voor twee onderscheiden patiëntengroepen twee verschillende regelingen te maken, moet worden heroverwogen. Het is moeilijk te onderbouwen waarom onvrijwillige zorg onder de Wzd zich – zolang geen opname plaatsvindt en niet achteraf een klacht wordt ingediend – geheel aan de rechterlijke toets kan onttrekken, terwijl dat onder de Wvggz standaard tevoren gebeurt. Beide wetten betreffen weliswaar andere cliëntengroepen maar regelen in de kern hetzelfde, namelijk zorg onder dwang. Vanuit rechtspositieel opzicht is genoemd verschil in rechtsbescherming moeilijk vol te houden. De keus voor twee wetten veroorzaakt overigens ook veel samenloopproblemen. Met dit wetsvoorstel worden enkele daarvan wat verlicht, maar naar de mening van de KNMG is dat onvoldoende.

Voorts meent de KNMG dat met name de nieuwe mogelijkheden van beide wetten om verplichte resp. onvrijwillige zorg ambulante toe te passen, in de praktijk nog veel vragen oproepen. Zo zijn belangrijke randvoorwaarden zoals duidelijkheid over de financiering van bij ambulante dwang te betrekken professionals, de verantwoordelijkheidsverdeling en het benodigde toezicht op dit moment nog vrijwel niet uitgekristalliseerd. De KNMG vindt dat die randvoorwaarden eerst duidelijker moeten zijn voordat de Wzd ook ambulante ten volle kan worden ingevoerd. De KNMG vraagt zich overigens af in hoeverre het überhaupt haalbaar is ambulante dwang verantwoord toe te passen en benadrukt het belang van extra aandacht voor de mogelijkheden tot ambulante dwang in het kader van de op handen zijnde evaluatie van de beide wetten.

Ook voor de Wvggz geldt helaas dat de administratieve lasten en uitvoerbaarheidsproblemen nog steeds groot blijven, ook na deze reparatie. De NVvP kijkt veel signalen dat patiënten de veelheid aan complexe brieven en procedures niet begrijpen. Het leidt soms zelf tot escalatie, waardoor eerder moet worden overgaan tot verplichte zorg. Dit druist in tegen de doelstelling van de wet om de toepassing van dwang te verminderen.

De verbetering van de rechtspositie van patiënten is een andere belangrijke doelstelling van de wet. Terwijl de rechtspositie op papier is verbeterd, lijkt deze in de praktijk juist verslechterd. Terwijl er voorafgaand aan de maatregel of machtiging sprake is van een immense bureaucratie, kan na het afgeven van de maatregel of machtiging veel gemakkelijker worden overgegaan tot het toepassen van verplichte zorg, dan onder de Wet Bopz het geval was. Dit zou meer in balans moeten worden gebracht met elkaar, zodat de rechtspositie van patiënt daadwerkelijk wordt verbeterd.

Wij pleiten daarom voor aanvullende maatregelen om de wet te vereenvoudigen en de administratieve lasten te verminderen, ter bevordering van de kwaliteit van zorg. Voor wat betreft de specifieke wijzigingen in het reparatievoorstel over de Wvvgz, heeft de NVvP een brief geschreven.

Hieronder beperken wij ons verder tot een aantal onderwerpen die betrekking hebben op voorgestelde aanpassingen van de Wzd.

Wilsonbekwaamheid en de bevoegdheid van de wettelijk vertegenwoordiger

Het wetsvoorstel voorziet in aanpassing van het huidige artikel 3 lid 2 Wzd, dat regelt wanneer een vertegenwoordiger namens de client kan optreden. Dit kan 'slechts voor zover hij een taak heeft als wettelijk vertegenwoordiger of voor zover een daartoe deskundige, niet zijnde de bij de zorg betrokken arts, overeenkomstig de daarvoor gangbare richtlijnen een beslissing heeft genomen die inhoudt dat de client niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake van een beslissing die hem betreft. Deze beslissing wordt door hem niet genomen dan na overleg met de dat op overeenstemming is gericht. Indien geen overeenstemming is bereikt, beslist de bij de zorg betrokken arts.'

De in onderdeel B van het wetsvoorstel voorgestelde aanpassing om de beoordeling van wilsbekwaamheid primair aan een BIG-geregistreerde (niet perse niet bij de behandeling betrokken) deskundige te laten, onderschrijven wij. Zij komt tegemoet aan het knelpunt dat door onze federatiepartner Verenso al is ingebracht te weten, dat de huidige regeling de behandelrelatie teveel onder druk zet en onwerkbaar en onuitvoerbaar is. Strikt genomen zou voor elke te nemen beslissing immers steeds een onafhankelijk deskundige moeten worden gezocht en gevonden, hetgeen zowel voor professionals als voor de patiënt als zeer belastend kan worden gekenschetst. Deze voorgestelde aanpassing van art. 3 lid 2 Wzd doet recht zowel aan de positie van cliënten als aan het belang om onnodige uitvoeringsbelasting te voorkomen.

Wij stellen echter voor de tekst van het voorstel nog verder aan te scherpen en wel op drie onderwerpen.

1. In het voorstel wordt nu melding gemaakt van 'een op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg geregistreerde deskundige'. De KNMG meent dat dat een terecht uitgangspunt is. In de praktijk doen zich echter ook situaties voor waarin niet-BIG geregistreerde deskundigen, zoals bijvoorbeeld psychologen niet zijnde GZ-psychologen, in minder complexe situaties geprotocolleerd in staat zijn om wilsbekwaamheid te beoordelen onder eindverantwoordelijkheid van de behandelend arts dan wel een andere BIG geregistreerde deskundige. Wij zouden het op prijs stellen als in de toelichting zou worden benadrukt dat – mits daartoe bekwaam - denkbaar is dat ook een niet-BIG-geregistreerd basispsycholoog of orthopedagoog onder supervisie en eindverantwoordelijkheid van een BIG geregistreerd deskundige, de wilsbekwaamheid feitelijk beoordeelt. Dit biedt ruimte voor de praktijk en voor behandelend artsen om, als dat verantwoord kan, maatwerk te kunnen leveren.
2. De KNMG dringt ook aan op wijziging van artikel 3 lid 2 in die zin, dat daarin ondubbelzinnig tot uitdrukking komt dat een wettelijk vertegenwoordiger (curator of mentor) alleen optreedt als de cliënt wilsbekwaam wordt geacht ter zake van de aan de orde zijnde beslissing. Ten onrechte volgt uit de huidige formulering dat wanneer sprake is van een wettelijk vertegenwoordiger, deze altijd bevoegd zou zijn op te treden, ook als de client ter zake van de aan de orde zijnde beslissing wilsbekwaam wordt geacht. Dit beschouwen wij als een omissie en moet dus worden hersteld. Het

is niet in lijn met de meest gangbare uitleg van de regeling in de Wgbo. Zie in dezelfde zin onder andere het recente advies van de Gezondheidsraad van 21 mei 2019 over 'Goede vertegenwoordiging' (advies nr. 2019/08).

3. Wij stellen ook voor om het overleg met de vertegenwoordiger wel verplicht te stellen, maar te laten vallen dat dit op overeenstemming gericht moet zijn en tevens dat – als geen overeenstemming wordt bereikt – altijd een onafhankelijk deskundige moet beslissen. Wij stellen voor dat de behandelaar/beoordelaar de mogelijkheid krijgt een onafhankelijke, niet bij de zorg betrokken deskundige te raadplegen of wilsbekwaamheid te laten beoordelen.

Reikwijdte begrip onvrijwillige zorg

In artikel 2 van de huidige Wzd is gedefinieerd wat onder onvrijwillige zorg wordt verstaan. Blijkens het tweede lid van artikel 2 wordt daaronder óók verstaan situaties waarin sprake is van wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiger noch cliënt verzetten zich tegen het opnemen van a. medicatie buiten richtlijnen om b. beperkingen in de bewegingsvrijheid en c. insluiting in het zorgplan. Dat betekent aldus lid 2, dat ook al is geen sprake van verzet, in die gevallen toch het (gehele) stappenplan moet worden gevolgd.

Dat nu, is naar onze mening onnodig belastend voor professionals en een vorm van nodeloze juridisering binnen de arts-patiëntrelatie. Van belang is dat in de genoemde gevallen alles in het werk wordt gesteld om een duidelijk ja of nee van de vertegenwoordiger te krijgen of, als dat niet lukt, een andere vertegenwoordiger te zoeken. Maar als adequate informatie is verstrekt en geen sprake is van verzet van cliënt en vertegenwoordiger, zien wij geen reden dit gelijk te stellen met onvrijwillige zorg. Het lijkt ons dus ook niet zinvol om alle proportionaliteits-, subsidiariteits- en doelmatigheidsafwegingen en het doorlopen van het stappenplan voor dergelijke situaties verplicht te stellen, zoals art. 2 lid 2 momenteel wel doet. Een aanpassing van dit lid van artikel 2 zou naar onze mening ook goed passen in de doelstellingen van dit wetsvoorstel, geen onrecht doen aan de noodzaak van rechtsbescherming en veel nodeloze administratieve last en juridisering kunnen wegnemen.

Wettelijke grondslagen voor gegevensuitwisseling

Onderdeel N van het wetsvoorstel voegt de extern deskundige toe aan het rijtje derden die aan elkaar en aan de zorgverantwoordelijke zo nodig zonder toestemming gegevens kunnen verstrekken. Dat lijkt de KNMG een terechte aanvulling omdat voor gegevensverstrekking zonder toestemming nu eenmaal een expliciete wettelijke basis nodig is.

In het verlengde hiervan stelt de KNMG voor om in artikel 27 lid 3 en artikel 30 lid 3, die beide voorschrijven dat de arts die een medische verklaring afgeeft voor een RM of een IBS, tevoren overleg pleegt met de zorgaanbieder die de cliënt onder behandeling heeft of, indien die ontbreekt, met de huisarts, óók op te nemen dat de zorgaanbieder of huisarts ten behoeve van dit overleg deze arts ook de voor diens beoordeling relevante gegevens verstrekken. Op dit moment zijn de behandelend zorgaanbieder en huisarts afhankelijk van toestemming, dan wel moeten zij een beroep doen op het conflict van plichten om hun beroepsgeheim te kunnen doorbreken, hetgeen onvoldoende rechtszekerheid biedt. Een expliciete rechtsgrond voor het doorbreken van het beroepsgeheim komt de rechtszekerheid in onze opvatting ten goede.

Medische verklaring voor spoedopname


In onderdeel V van het wetsvoorstel wordt voorgesteld aan art. 30 een nieuw lid toe te voegen, lid 5, op grond waarvan een medische verklaring, afgegeven ten behoeve van een crisismaatregel op grond van de Wvvggz, ook kan fungeren als medische verklaring ten behoeve van een IBS op grond van de Wzd. De KNMG acht dit winst en in de afgelopen maanden is hier door federatiepartner Verenso ook voor gepleit.

Het lost voor artsen werkzaam in PG en VG een knelpunt op. Als na het afgeven van een crisismaatregel op grond van de Wvggz toch blijkt dat psychogeriatrische problematiek of problematiek samenhangend met een verstandelijke beperking voorliggend is, dan hoeft niet een volledig nieuwe medische verklaring voor een IBS afgegeven te worden door een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten op grond van de Wzd. Wel zou er een wijziging van de aan de medische verklaring ten grondslag liggende stoomis moeten worden overgelegd. Onderdeel V van het wetsvoorstel vindt de KNMG niettemin een winstpunt, dat nodeloze extra bureaucratie en werkdruk wegneemt en ook extra belasting bij patiënten voorkomt.

Tot zo ver onze reactie op het concept wetsvoorstel. Wij hopen u hiermee van dienst te zijn geweest.

Met vriendelijke groet,

mede namens de NVAVG,



R.A.C.L. Héman, arts M&G, bedrijfsarts
voorzitter KNMG