



Aan:

- de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- de minister van Justitie
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Den Haag, 5 oktober 2006

Hierbij treft u een afschrift aan van de brief d.d. 24 augustus 2006 die GGZ Nederland in verband met de behandeling van het wetsvoorstel zelfbinding (28283) richtte aan de Eerste Kamer.

De vaste commissies voor VWS en Justitie zouden het op prijs stellen tijdig vóór de plenaire behandeling van het wetsvoorstel uw reactie op de brief te vernemen.

De griffier van de vaste commissie voor
Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

(mevr. mr. E.C. Janssen).

BEZOEKADRES Piet Mondriaanlaan 50 | 52 3812 GV Amersfoort POSTADRES Postbus 830 3800 AV Amersfoort
 TELEFOON 033 460 8900 FAX 033 460 8999 info@ggz nederland.nl www.ggz nederland.nl
 KVK 40483580 ING-BANK 68.72.11.808 POSTBANK 3531353



De leden van de Vaste Commissie voor VWS
 van de Eerste Kamer der Staten-Generaal
 t.a.v. mw. mr. E.C. Janssen, griffier
 Postbus 20017
 2500 EA DEN HAAG

| | |
|----------------------|-------------|
| GRIFFIE EERSTE KAMER | |
| NR. | 135907 |
| RUB. | CS |
| DATUM | 25 AUG 2006 |
| XVI | VWS / Ju |
| KOPIE | |
| VERW. | (28283) |

Datum

24 augustus 2006

Contactpersoon

mw. mr. T. Stikker

Ons kenmerk

Com/mekt/rall/97345/2006

Onderwerp

Behandeling wetswijziging zelfbinding Wet

Bopz (28 283)

Bijlage(n)

1

Doorkiesnummer

033 4608982

Uw kenmerk

Geachte mevrouw Janssen,

Bijgevoegd vindt u een brief van GGZ Nederland inzake het wetsvoorstel zelfbinding Wet Bopz (28 283), gericht aan de leden van de vaste commissie voor VWS van de Eerste Kamer der Staten-Generaal.

Ons verzoek aan u is of u zorg wilt dragen voor verspreiding van de brief onder de leden van de commissie.

Met vriendelijke groet,

L.O.U.

Tineke Stikker,
 jurist.

BEZOEKADRES Piet Mondriaanlaan 50 | 52 3812 GV Amersfoort POSTADRES Postbus 830 3800 AV Amersfoort
 TELEFOON 033 460 8900 FAX 033 460 8999 info@ggznederland.nl www.ggznederland.nl
 KVK 40483580 ING-BANK 68.72.11.808 POSTBANK 3531353



De leden van de Vaste commissie voor VWS
 van de Eerste Kamer der Staten-Generaal
 Postbus 20017
 2500 EA DEN HAAG

Datum

24 augustus 2006

Contactpersoon

GGZ Nederland: mw. mr. T. Stikker

NVvP: dhr. R. van Veldhuizen, psychiater

Ons kenmerk

Com/mekt/rall/97347/2006

Onderwerp

Behandeling wetswijziging zelfbinding Wet
 Bopz

Bijlage(n)

-

Doorkiesnummer

GGZ Nederland: 033 460 8982

NVvP: 06 5323 3193

Uw kenmerk

Geachte dames en heren,

Binnenkort bespreekt de Eerste Kamer een nieuwe wijziging van de Wet Bopz (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen). Deze wijziging heeft betrekking op het instrument 'zelfbinding' (28 283). In december 2005 heeft u vragen over dit voorstel tot wetswijziging gesteld. In juni van dit jaar ontving u de memorie van antwoord van de ministers van VWS en Justitie naar aanleiding van uw vragen.

In een brief d.d.1 oktober 2005 verwoordden de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en GGZ Nederland de standpunten van beide organisaties inzake dit voorstel tot wetswijziging, dit ter gelegenheid van de behandeling van het voorstel tot wetswijziging in de Tweede Kamer. De bezwaren die wij toen tegen het wetsvoorstel inbrachten bestaan deels nog steeds.

Wij wegen de voordelen van een spoedige inwerkingtreding van deze wetswijziging op dit moment echter zwaarder dan onze inhoudelijke bezwaren tegen de wet. Goede voorlichting aan alle betrokkenen over het werken met het instrument zelfbinding in de praktijk zal naar wij hopen de onvolkomenheden in het huidige wetsvoorstel enigszins kunnen compenseren.

Zelfbinding doet recht aan de autonomie van patiënten en aan hun ervaringsdeskundigheid. Veel betrokkenen verwachten een preventief effect: de patiënt weet nu dat er desnoods een dwangopname komt en zal zich sneller vrijwillig laten behandelen. Omdat de patiënt hier zelf voor heeft gekozen zal de drempel voor die behandeling minder hoog zijn.

De voorliggende wetswijziging met betrekking tot zelfbinding roept vragen op voor de toekomstige praktijk. In deze brief schetsen wij een aantal praktijkvragen die wij na invoering van de zelfbindingsverklaring verwachten.

Ons verzoek is of u deze vragen aan de ministers van VWS en Justitie voor wilt leggen. Wij hopen dat beantwoording van deze vragen, in combinatie met goede voorlichting, een deel van de onduidelijkheden zal wegnemen.

Wij vinden praktijkervaring met de gewijzigde wet en het nieuwe instrument zelfbinding heel belangrijk voor het traject naar een meer fundamentele vernieuwing van de huidige Wet Bopz in de richting van een behandelwet, waarvan GGZ Nederland en de NVvP zoals u weet voorstander zijn.

Ook patiëntenorganisaties hechten zeer aan een spoedige inwerkingtreding.

Wilsbekwaamheid niet doel zelfbinding

In tegenstelling tot de suggestie die de memorie van antwoord hier en daar wekt, heeft zelfbinding niet als voornaamste doel dat de patiënt weer wilsbekwaam wordt. Het doel van een zelfbindingsverklaring als onderdeel van de behandeling is in de eerste plaats om de stoornis te verminderen, het lijden te verminderen en sociale teloorgang te voorkomen. Als de patiënt zijn autonomie en oordeelsvermogen herwint is dit niet zo zeer doel als wel gevolg van de behandeling.

Juist dit brede doel onderscheidt zelfbinding van de andere vormen van dwangbehandeling in de Wet Bopz, waarmee slechts het afwenden van gevaar wordt beoogd. Voor een juist gebruik van het instrument zelfbinding door professionals is een goed begrip van het doel ervan noodzakelijk.

Wil de minister in de voorlichting aandacht besteden aan het feit dat zelfbinding niet als primair doel heeft de wilsbekwaamheid van de patiënt te herstellen?

Gedwongen opname en wilsbekwaamheid

De beantwoording van een vraag van D66 over het opstellen van een zelfbindingsverklaring ten tijde van een gedwongen opname heeft geleid tot onduidelijkheid. Uit de vraag en de beantwoording kan worden gelezen dat gedwongen opname per definitie zou betekenen dat de patiënt niet wilsbekwaam is. Dat is onjuist. Wij dringen er op aan beide begrippen in de voorlichting goed te scheiden. Wilsbekwaamheid vloeit niet vanzelfsprekend voort uit het feit dat men gedwongen is opgenomen. Bovendien moet wilsbekwaamheid steeds worden gerelateerd aan de te nemen beslissing.

Wil de minister erop toezien dat in de voorlichting over het instrument zelfbinding voldoende duidelijk wordt dat gedwongen opname niet per definitie betekent dat de patiënt wilsbekwaam is?

Betrokkenheid verschillende behandelaars

Een ander aandachtspunt is de betrokkenheid van verschillende behandelaars, tegelijkertijd en/of na elkaar. De voorgestelde wettekst maakt niet duidelijk wanneer welke behandelaar - de ambulante of de intramurale - wordt bedoeld. Meestal is de ambulante psychiater degene die samen met de patiënt de zelfbindingsverklaring opstelt. Hij moet daar echter ook de intramurale psychiater bij betrekken. Immers, de ambulante psychiater beoordeelt of de in de zelfbindingsverklaring beschreven symptomen zich voordoen en zet de opnameaanvraag (art. 34 g) in gang. De intramurale psychiater voert daarna de gevraagde (dwang-)behandeling uit. Beide psychiaters moeten het dus met de behandelwensen van de patiënt eens zijn. Vervolgens moet een derde psychiater verklaren dat patiënt bij het opstellen van dit plan wilsbekwaam was én dat het voorgestelde plan haalbaar en effectief zal zijn.

Daar komt nog bij dat op de crisisafdelingen waar dwangopnames dikwijls plaatsvinden, nog weer andere, waarnemende of dienstdoende, psychiaters werkzaam zijn. De wet maakt niet duidelijk of ook deze collegae de afspraken in de zelfbindingsverklaring moeten respecteren en het is daarnaast de vraag of zij dat zullen willen. Wanneer de

klinisch psychiater die de verklaring (mede) heeft ondertekend niet voor overleg bereikbaar is, ontstaat een lastige situatie voor de dienstdoend/waarnemend arts. De wet maakt niet duidelijk of de dienstdoend/waarnemend arts dan verplicht is conform de afspraken in de zelfbindingsverklaring te handelen, ook wanneer deze de situatie en wenselijke behandeling anders inschat. Is de dienstdoend/waarnemend arts gehouden om een (gedwongen!) behandeling aan te bieden aan een patiënt, ook als hij een andere behandeling meer geïndiceerd acht? Dat lijkt wel zo te zijn, omdat in de wet staat dat de patiënt tegen het niet uitvoeren van het behandelplan een klacht kan indienen (art. 34 n lid 3). Ook is niet duidelijk wat de zelfbindingsverklaring betekent wanneer de patiënt zich bij een ander ziekenhuis meldt dan het ziekenhuis waar hij onder behandeling is.

Kan de minister aangeven welke behandelaars bij het opstellen en uitvoeren van een zelfbindingsverklaring betrokken kunnen cq. moeten zijn en welke verplichtingen de zelfbindingsverklaring voor ieder van hen met zich meebrengt?

Langdurige procedure opnamebeoordeling

Een ander probleem is de geringe slagvaardigheid van de zelfbinding in zijn huidige vorm. Dit wordt met name veroorzaakt door het feit dat de minister binnen de zelfbindingsmaatregel vasthoudt aan de opnamebeoordeling door de rechter. Komt de patiënt in de situatie dat hij of zij moet worden opgenomen (zoals hij eerder zelf in de zelfbindingsverklaring heeft laten vastleggen), dan moet de behandelend of naast betrokken psychiater dit signaleren en tot actie overgaan. Er is vervolgens een tweede psychiater nodig die beoordeelt of de situatie inderdaad is zoals beschreven in de zelfbindingsverklaring. Daarna gaan de papieren naar de officier van justitie, waarna de rechter binnen vijf dagen moet beslissen over het al dan niet verlenen van een machtiging tot zelfbinding. Meestal is op dat moment al minstens een week of meer voorbij. Voor de patiënten voor wie deze maatregel oorspronkelijk was bedoeld, mensen met een (sterk) wisselend psychiatrisch beeld, kan een week veel te lang zijn. Het is niet uit te sluiten dat de psychiater, ondanks de eerder uitgesproken wens van de patiënt om alles zelf in de hand te houden, toch zal moeten besluiten om een in bewaring stelling aan te vragen.

Zo ontstaat de mogelijkheid dat een patiënt later een klacht indient tegen de behandelaar omdat deze in strijd met de afspraken in de zelfbindingsverklaring heeft gehandeld. Het is evenzeer mogelijk dat de patiënt de behandelaar aanklaagt omdat hij in de wachtperiode tot aan de afgifte van de zelfbindingsmachtiging door zijn manisch-depressieve ziektebeeld extreme uitgaven heeft gedaan of een suïcidepoging doet en daarin door zijn behandelaar niet is belemmerd.

Kan de minister aangeven hoe hij behandelaars adviseert om met deze mogelijke consequenties van een langdurige opnamebeoordeling om te gaan?

Gesloten afdelingen, fysieke dwang en dwangmedicatie

De minister heeft art. 39 en art. 40 lid 3b van de Wet Bopz niet van toepassing willen laten zijn (art. 34 n). De patiënt kan daardoor straks niet zonder meer op een gesloten afdeling worden geplaatst en kan in geval van een onvoorziene noodsituatie alleen dan worden gesepareerd wanneer onmiddellijk daarop volgend een in bewaring stelling wordt aangevraagd.

Gezien de formulering in de wet overweegt de NVvP om te zijner tijd behandelaars te adviseren om in een zelfbindingsverklaring steeds een standaardclausule op te nemen waarin de patiënt het ziekenhuis toestaat om hem zonodig op een gesloten afdeling te verplegen en hem zonodig onder fysieke dwang de door hem bepaalde medicatie te

geven. Soms moeten daarbij afspraken over separeerverpleging worden gemaakt. Voor een patiënt met anorexia nervosa zal men bijvoorbeeld in haar zelfbindingsverklaring moeten beschrijven dat zij niet alleen sondevoeding onder dwang toestaat, maar tevens toestemming geeft voor de fysieke middelen die daarvoor nodig kunnen zijn (vasthouden, fixeren). Voor de ontwikkeling van handreikingen of richtlijnen hiervoor zal het van belang zijn te weten wat de juridische betekenis van dit soort aanvullende afspraken zal zijn.

Kan de minister aangeven wat de juridische betekenis van genoemde aanvullende afspraken in een zelfbindingsverklaring zal zijn?

Zelfbinding binnen het ziekenhuis

Tot nu toe is er in de parlementaire behandeling weinig aandacht geweest voor de betekenis voor patiënt en behandelaar van de constructie onder art. 34 p. Daarmee wordt mogelijk dat de patiënt na een reguliere dwangopname via een in bewaring stelling of rechterlijke machtiging onder dwang wordt behandeld zonder dat er sprake is van gevaar binnen het ziekenhuis. Dat is een vooruitgang ten opzichte van de huidige situatie. De wettekst zelf is echter niet duidelijk genoeg over het feit dat de behandelaar in deze situatie aan het behandelplan in de zelfbindingsverklaring is gehouden. Voorlichting hierover aan behandelaars is noodzakelijk. Uit de wettekst is evenmin direct te lezen dat ook in geval van art. 34 p een maximumtermijn van zes weken geldt voor behandeling op basis van de zelfbindingsverklaring. GGZ Nederland en NVvP menen dit wel uit de tekst en toelichtingen te mogen concluderen. Mogelijk doelt met name art. 38 a lid 1 hierop, maar dit is ons inziens niet helder geformuleerd. Kan de minister aangeven wat de strekking van dit artikel is?

Is de minister bereid meer duidelijkheid te bieden over de regeling onder art. 34 p en over de vraag of de behandelaar ook na een reguliere gedwongen opname gehouden is een behandeling te bieden zoals vastgelegd in de aanwezige zelfbindingsverklaring?

Wil de minister zich uitspreken voor een maximale termijn van zes weken voor behandeling op basis van een zelfbindingsverklaring?

Een andere vraag is of een patiënt gedurende een dwangopname op basis van een voorlopige machtiging of in bewaring stelling en in bezit van een zelfbindingsverklaring voorwaardelijk ontslagen mag worden. En zo ja, of gedurende de ontslagperiode de ambulante behandeling zoals beschreven in de zelfbindingsverklaring onder dwang kan worden toegepast.

Kan de minister aangeven of een patiënt gedurende een dwangopname op basis van een voorlopige machtiging of in bewaring stelling en in bezit van een zelfbindingsverklaring voorwaardelijk ontslagen mag worden? Kan in dat geval gedurende de ontslagperiode de ambulante behandeling zoals beschreven in de zelfbindingsverklaring onder dwang worden toegepast?

Negatieve wilsverklaring

Ten aanzien van de zgn. 'negatieve wilsverklaring' bestaan eveneens nog vragen. Het is nog niet duidelijk wat het zal betekenen wanneer een patiënt in een zelfbindingsverklaring zou aangeven "nooit medicatie X" te willen gebruiken of "nooit gesepareerd te willen worden". Wanneer een dergelijke patiënt op de afdeling zeer onrustig en gevaarlijk wordt, is niet uit te sluiten dat de behandelaar (of zijn waarnemer)

met lege handen komt te staan. Zelfs als deze een in bewaring stelling zou aanvragen, blijft (art. 34 I lid 4) de zelfbindingsverklaring immers van kracht volgens art. 34 p. Ons verzoek is of de Eerste Kamer aan de orde wil stellen welke maatregelen in de praktijk kunnen worden genomen om te voorkomen dat behandelaars in zulke gevallen machteloos zijn.

De NVvP zal behandelaars te zijner tijd adviseren zeer terughoudend te zijn ten aanzien van al te stellige negatieve wilsuitingen. Wel kan men samen met de patiënt in de verklaring opnemen dat hij of zij "slechts in het uiterste geval" een bepaald medicament of separeerverblijf accepteert. Maar een totale afwijzing van bepaalde medicatie of verpleegmiddelen wordt ontraden, omdat anders in een behandeling onmogelijke situaties kunnen ontstaan.

Kan de minister aangeven welk adviezen hij behandelaars meegeeft inzake negatieve wilsverklaringen?

Ontwikkeling handreikingen, richtlijnen en format

GGZ Nederland en de NVvP achten duidelijke uitleg en richtlijnen rondom zelfbinding noodzakelijk. Daarbij moeten ook formats voor een zelfbindingsverklaring worden opgesteld. De NVvP overweegt haar achterban in zijn algemeenheid te adviseren ten aanzien van de behandeling vrij ruime omschrijvingen te geven zodat kan worden ingespeeld op omstandigheden en ziekteverschijnselen die bij iedere patiënt en bij iedere opname vaak net iets anders zijn. Nu de minister geen format voor een algemene zelfbindingsverklaring wil voorschrijven, is het wenselijk de minister middelen reserveert waarmee veldpartijen samen met de patiënten en familieorganisaties dergelijke handreikingen, richtlijnen en formats kunnen ontwikkelen, vooruitlopend op de invoering van deze wetswijziging.

Wil de minister middelen ter beschikking te stellen ten behoeve van het ontwikkelen van handreikingen, richtlijnen en een format voor de zelfbindingsverklaring door veldpartijen?

Voorlichting en regionale praktijkondersteuners

Zoals gezegd omvat de zelfbindingsmachtiging zeer gecompliceerde wetgeving die vraagt om een uitgebreid voorlichtingstraject voor patiënten, naasten en hulpverleners. Wij vragen de Eerste Kamer bij de minister aan te dringen op een adequaat voorlichtingsplan. Mogelijk kunnen daarnaast extra tijdelijke fondsen worden ingesteld voor een aantal regionale praktijkondersteuners. Met een dergelijke vorm van ondersteuning heeft men in het buitenland (Ontario, Canada) positieve ervaringen opgedaan bij de introductie van de voorwaardelijke rechterlijke machtiging. Deze praktijkondersteuners kunnen patiënten en behandelaars die het opstellen van een zelfbindingsverklaring overwegen met raad en daad terzijde staan. Zij kunnen de aanloopproblemen landelijk in kaart brengen en de voorlichting daarop afstemmen. GGZ Nederland en NVvP willen hiervoor met patiëntenorganisaties desgewenst een plan en begroting indienen.

Wil de minister zorgdragen voor een adequaat voorlichtingsplan en (tijdelijke) fondsen voor het aanstellen van regionale praktijkondersteuners ter beschikking stellen?

Tot slot willen wij de leden van de Eerste Kamer danken voor de duidelijke stellingname voor een totale herziening van de Wet Bopz in de richting van een behandelwet. Wij zijn eveneens verheugd over de door de Kamer gevoelde noodzaak om de rechtspositie van psychiatrische patiënten daarin fundamenteel aan de orde te stellen.

De keuze van de minister om deze discussie uit te stellen totdat de Derde Evaluatiecommissie heeft gerapporteerd (mei 2007) roept bij ons gezien de nog korte resterende termijn geen bezwaren op. Onder psychiaters gaat de discussie over structuur en inhoud van dergelijke nieuwe wetgeving nadrukkelijk door, zodat de beroepsgroep de discussie te zijner tijd met concrete suggesties kan voeden.

Met vriendelijke groet,



J.F. de Beer,
directeur GGZ Nederland,
mede namens NVvP,
prof. dr R.J. van den Bosch,
voorzitter.