

MvJ Dewina

Landelijk bureau
F.C. Dondersstraat 9
3572 JA Utrecht
T 030 2718353
F 030 2716256
secretariaat@pvp.nl
www.pvp.nl

Aan de Minister van Justitie
Mr. E.M.H. Hirsch Ballin
Postbus 20301
2500 EH DEN HAAG

Ministerie van Justitie DBOB/DIV/OAB/AL-OD	
Dossier	
Datum	30 JAN. 2009
Nummer	09/5586070
Ambt.	

CenE Bankiers 69.90.10.780
KvK 41179894

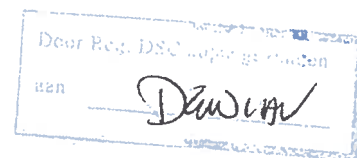
Helpdesk PVP
T 0900 4448888 (10 ct/min)
helpdesk@pvp.nl

Ref.nr.10/ya

Utrecht, 29 januari 2009

Uw kenmerk: 5570469/08/6

Betreft: reactie concept Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg



Excellentie,

De Stichting PVP heeft met belangstelling kennis genomen van het in consultatie gegeven conceptwetsvoorstel dat strekt tot vervanging van de Wet Bopz. Met genoegen geven wij een reactie op hoofdlijnen. Die reactie is in opzet tweeledig. In het onderstaande wordt primair ingegaan op de positionering van de "vertrouwenspersoon" in het voorstel. Daarnaast is bijgevoegd een beschouwing van T.P. Widdershoven die op korte termijn in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (aflevering 3 van de lopende jaargang) wordt gepubliceerd. In die beschouwing wordt een belangrijk aantal thema's aangesneden die om nadere overdenking vragen.

Algemeen

In genoemde bijgevoegde beschouwing wordt aangegeven dat het conceptwetsvoorstel vergeleken met de huidige regeling als een belangrijke verbetering mag worden gezien, maar dat dit niet wegneemt dat op onderdelen nog wijzigingen geboden zijn, terwijl aanpassingen op andere punten ten minste mogen worden overwogen en er her en der hoe dan ook nog verduidelijking nodig is. De Stichting PVP deelt die conclusie en meent dat de diverse onderwerpen die in de beschouwing aandacht krijgen ook nadrukkelijk nog aandacht behoeven. Belangrijke aspecten betreffen onder meer de operationalisering van het verzetcriterium en de positie van de zogenaamde gbg-groep, de relatie tussen rechtsgrond en motieven van dwang, de wijze waarop het vraagstuk omtrent de wils(on)bekwaamheid gestalte krijgt, de gefaciliteerde inbreuken op de diverse geheimhoudingsplichten, de thema's van schadevergoeding en griffierecht in het kader van de klachtenregeling, de open normering van huisregels aangaande het verblijf in het ziekenhuis, de mogelijkheden tot dwangtoepassing buiten de machtiging om en de slechts beperkte afdwingbaarheid van (na)zorg.

De Stichting PVP onderschrijft in grote lijnen voorts de in de beschouwing aangegeven oplossingsrichtingen, overigens zonder onverkort de daarbij gebezigde kwalificaties te delen. Voorts hecht de Stichting PVP eraan opnieuw te benadrukken dat steeds zal moeten gelden dat dwang zo enigszins mogelijk moet worden vermeden, en dat alle inzet er op gericht moet zijn de cliënt in zijn noden te willen bereiken.

Toezicht en controle

In bijgevoegde beschouwing wordt aangegeven dat het conceptwetsvoorstel nog wat zoekende lijkt met betrekking tot het aspect toezicht en controle. Verwezen wordt naar de derde evaluatiecommissie die onverbloemd kritisch was richting de inspectie die de door de Wet Bopz toebedeelde actieve rol - waarin niet de kwaliteit van zorg, maar de bescherming van de rechten van de individuele cliënt centraal staat - niet waarmaakt. Volgens de derde evaluatiecommissie zou de nieuwe regeling een kader moeten bieden dat zowel controle op hoofdlijnen als gericht toezicht op de individuele patiënt mogelijk maakt, en waarbij in het bijzonder ook de verschillende vormen van ambulante zorg aandacht behoeven. Het conceptwetsvoorstel draagt het toezicht op de naleving van de wet op aan de inspectie, maar lijkt vooralsnog niet te voorzien in enige bijzondere vorm van individueel gericht toezicht op de toepassing van de door de rechter gefiatteerde (ambulante en klinische) gedwongen zorg. De Stichting PVP deelt genoemde visie van de derde evaluatiecommissie en acht het van groot belang dat in het bijzonder ook dat individueel gerichte toezicht op afdoende wijze wordt ingevuld.¹

Positionering vertrouwenspersoon

Het spreekt dat de Stichting PVP zich in hoofdzaak kan vinden in de in het concept geboden regeling van de vertrouwenspersoon. De toelichting geeft aan dat met die “vertrouwenspersoon” wordt bedoeld op de functionaris die in de Wet Bopz wordt aangeduid als patiëntenvertrouwenspersoon, en dat het de bedoeling is zijn positie in dit wetsvoorstel te behouden en te versterken. De toelichting geeft ook aan dat er allerwege grote waardering is voor het werk van de patiëntenvertrouwenspersoon en verwijst naar de constatering van de derde evaluatiecommissie dat de patiëntenvertrouwenspersoon een wezenlijke bijdrage levert aan de bescherming van de rechten van de patiënt.

De Stichting PVP ondersteunt dit streven het (patiënten)vertrouwenswerk te behouden en te versterken. De voorliggende conceptteksten mogen evenwel in het licht daarvan nog enige uitbreiding en uitwerking krijgen. In het bijzonder lijkt aangewezen dat de regeling nadrukkelijker refereert aan de huidige situatie, waarin de Stichting PVP (tegen de achtergrond van een historie van meer dan vijfentwintig jaar) borg staat voor de voorziening in kwestie. Door die borging is niet alleen de onafhankelijkheid van de vertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder gegeven, maar zijn ook voorwaarden vervuld aangaande de kwaliteit en de continuïteit van de dienstverlening. Voor de opvolgster van de Wet Bopz zal moeten gelden dat in al zijn consequenties ten minste een overeenkomstige dienstverlening aan de orde is.

De kern van het vertrouwenswerk

De conceptregeling wil voortbouwen op het vertrouwenswerk zoals dat onder de Wet Bopz gestalte heeft gekregen. De toelichting geeft op dat punt ook belangrijke informatie over hetgeen beoogd wordt, maar het verdient aanbeveling nadrukkelijker en evidenter het eigene van de voorziening aan te geven.

¹ Zie in dit verband overigens ook hierna onder *De taken van de vertrouwenspersoon*.

In de losbladige Sdu-uitgave *De Wet Bopz, artikelsgewijs commentaar* (Dijkers/Widdershoven) wordt de kern van het patiëntenvertrouwenswerk als volgt verwoord: *“De kern van het patiëntenvertrouwenswerk schuilt in de combinatie van de taken en de positionering ten opzichte van met name de zorgverlener en de patiënt. De pijlers van de voorziening zijn onafhankelijkheid, partijdigheid, laagdrempeligheid en ontvankelijkheid. De patiëntenvertrouwenspersoon is onafhankelijk van de zorgverlener, is aanwezig in de kliniek en verleent op verzoek advies en bijstand aan de patiënt. De ondersteuning is met name gericht op de uitoefening door de patiënt van zijn rechten in relatie tot de psychiatrische zorg, en de patiëntenvertrouwenspersoon gaat daarbij uit van de belangen van de patiënt zoals de patiënt deze zelf ziet”* (aantekening 1 bij art. 59). Die omschrijving is gebaseerd op de huidige regeling, maar is in de grond ook toepasselijk voor de beoogde toekomstige situatie. Voorts mag worden verwezen naar hetgeen in genoemde uitgave in aantekening 2 bij art. 59 onder *Fundering patiëntenvertrouwenswerk* is aangegeven. Waar het om gaat is dat de nieuwe regeling, mede via de toelichting, voldoende duidelijkheid moet bieden over de aard van de voorziening en over de beoogde verwachtingen aangaande het functioneren van de betreffende vertrouwenspersoon.²

De taken van de vertrouwenspersoon

Het voorgaande beperkte zich tot de taak van het verlenen van advies en bijstand aan de patiënt. Die taak vindt ook verankering in de huidige Wet Bopz. Het conceptwetsvoorstel hanteert voor de toekomstige situatie een overeenkomstige taakomschrijving. Aanbeveling verdient om die wettelijke omschrijving nader te specificeren door aan te geven dat het verlenen van advies en bijstand met name is gericht op de uitoefening door betrokkene van zijn rechten. Een dergelijke toespitsing is overeenkomstig de huidige normering.³ Naast het verlenen van advies en bijstand is er in de huidige praktijk de taak van signalering, een taak die niet de individuele patiënt betreft maar het oog heeft op tekortkomingen in de structuur en het functioneren van de organisatie van de zorgaanbieder, voor zover die aan de rechten van cliënten afbreuk doen. Weliswaar mist die taak expliciete wettelijke verankering, maar reeds bij de totstandkoming van de Wet Bopz werd die functie mede door de wetgever van belang geacht, benoemd en geaccepteerd.⁴

² Verhelderend in dit verband is trouwens tevens wat Legemaate schreef naar aanleiding van de op de huidige wettelijke taakopdracht geënte gedrageregels van de Stichting PVP: *“Het zijn met name de gedragsregels van de stichting die de kenmerken van het ‘pvp-model’ duidelijk maken. De pvp is geen onpartijdige functionaris, maar een ‘instrument’ van de patiënt. De pvp voert uit en streeft na dat wat de patiënt wil. Dit sluit niet uit dat de pvp de patiënt kan adviseren iets juist wel of niet te doen. In veel gevallen zal de patiënt dit advies ter harte nemen. Blijft de patiënt echter aandringen op een bepaalde stap of activiteit die de pvp afraadt, dan houdt het pvp-model in dat de pvp niettemin de patiënt steunt. Het adviseren door de pvp van de patiënt mag niet zo ver gaan dat de laatste zich onder druk gezet voelt. Dan immers komt de vertrouwenspositie van de pvp jegens de patiënt in gevaar. De patiënt moet er altijd op kunnen vertrouwen dat de pvp zijn zijde kiest, ‘no matter what’”* (J. Legemaate, *Klachtrecht en toezicht (Praktijkreeks Bopz-1)*, Den Haag: Koninklijke Vermande 2002, p. 26).

³ Artikel 2 van het *Besluit patiëntenvertrouwenspersoon Bopz* bevatte voorheen de volgende toevoeging: *“Het verlenen van advies en bijstand is met name gericht op de uitoefening door de patiënt van zijn rechten”*. Met die specificering werd de begripsomschrijving van art. 1, lid 1 sub m Wet Bopz *“toegespitst”*, zoals de Nota van toelichting bij het eerst gepubliceerde besluit het formuleerde (Besluit van 3 november 1993, Stb. 1993, 565). Om onduidelijke redenen is bij de laatste wijziging van het besluit in 2007 die eerdere specificering geschrapt en verplaatst naar de toelichting op het wijzigingsbesluit (Besluit van 6 december 2007, Stb. 2007, 510).

⁴ Voornoemde Nota van toelichting daarover: *“Een patiëntenvertrouwenspersoon is veelal goed in staat op basis van en aantal ervaringen eventuele structurele tekortkomingen van het ziekenhuis te onderkennen. Het is gebruik dat de patiëntenvertrouwenspersoon deze taken aan de orde stelt. Gezien de wettelijke omschrijving van de patiëntenvertrouwenspersoon, die is toegespitst op individuele gevallen, is deze functie niet tot een wettelijke taak gemaakt. Dit neemt niet weg dat zowel het ziekenhuis als de patiënten baat kunnen hebben bij deze functie van de patiëntenvertrouwenspersoon. Wij gaan er dan ook van uit, dat de patiëntenvertrouwenspersoon deze functie zal blijven vervullen”*.

Het ligt voor de hand dat tenminste in de toelichting op de beoogde nieuwe regeling opnieuw aandacht aan die signalerende taak wordt besteed, maar aanbeveling verdient om die taak ditmaal tevens een expliciet wettelijke status te geven.

De Stichting PVP acht het voorts denkbaar dat naast of in aanvulling op die huidige signaleringstaak tevens activiteiten kunnen worden ondernomen met het oog op het voornoemde aspect van inspectie en controle en het belang van een mede individueel gericht toezicht op de toepassing van dwang. Evenwel zal hierbij de strikte voorwaarde moeten gelden dat de primaire taak van individuele ondersteuning niet in het minst in het gedrang komt.

Vertrouwenspersoon en intramurale zorg

Een belangrijk punt betreft de reikwijdte van de voorziening. De huidige regeling van de Wet Bopz voorziet in een recht op ondersteuning door de patiëntenvertrouwenspersoon voor iedere – vrijwillig dan wel onvrijwillig - in het psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënt. Deze van de verblijfstitel losgekoppelde reikwijdte is overeenkomstig de situatie voorafgaand aan de Wet Bopz toen het patiëntenvertrouwenwerk verankering vond in het Besluit eisen voor erkenning van ziekenhuizen.⁵

Het voorliggende conceptwetsvoorstel beperkt die reikwijdte in zoverre dat de vrijwillig opgenomen patiënt géén recht op ondersteuning door de vertrouwenspersoon kan doen gelden. Aanpassing is hier dan ook nodig: het kan niet zo zijn dat door de nieuwe regeling de vrijwillig opgenomen patiënt er in rechtspositie op achteruit gaat. De Stichting PVP meent dat die aanpassing bij voorkeur via de onderhavige regeling kan plaatsvinden, maar voorop staat *dat* het gebeurt en minder *hoe*. Denkbaar is bijvoorbeeld dat regeling plaatsvindt door een aan deze beoogde wet gekoppeld uitvoeringsbesluit. Een dergelijk besluit zou dan tevens benut kunnen worden om zo nodig aanvullende eisen ten aanzien van het vertrouwenwerk te stellen.

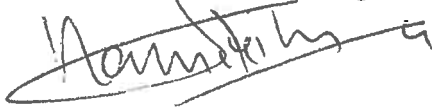
Informatieverstrekking over de vertrouwenspersoon

De Stichting PVP constateert met genoegen dat in het concept is vastgelegd dat de zorgmachtiging en de crisismaatregel melding moeten maken van de mogelijkheid van advies en bijstand door de vertrouwenspersoon. En evenzeer is van belang, mede met het oog op de laagdrempeligheid van de voorziening, dat tevens de te introduceren commissie die informatie verstrekt. Wat evenwel wordt gemist is een vergelijkbare informatieplicht in geval een klachtwaardige beslissing aan de orde is. Betrokkenen moeten weliswaar schriftelijk in kennis worden gesteld van die klachtwaardigheid, maar – in tegenstelling tot het huidige voorschrift van art. 40a Wet Bopz – ontbreekt in de betreffende conceptvoorschriften vooralsnog een verwijzing naar de mogelijkheid de vertrouwenspersoon in te schakelen.

⁵ Besluit eisen voor erkenning van ziekenhuizen (*Stcrt.* 1984, 234 en *Stcrt.* 1985, 223), art 3 deel C onder 2.a.4: "Het psychiatrisch ziekenhuis draagt ervoor zorg dat patiënten op hun verzoek kunnen worden bijgestaan door een patiëntenvertrouwenspersoon, die (...) door de Stichting patiëntenvertrouwenspersoon in het ziekenhuis te werk is gesteld".

Tot zover onze reactie. Concluderend kan worden gesteld dat de Stichting PVP op belangrijke punten nog aanpassingen nodig acht, maar dat dit niet wegneemt dat op hoofdlijnen de keuzes van het concept kunnen worden onderschreven. Uiteraard zijn wij bereid het bovenstaande toe te lichten en ook nader in overleg te treden. Tot slot kan worden gemeld dat het onderhavige wetgevingstraject weliswaar onder mogelijk wat al te hoge tijdsdruk staat, maar dat de voorbereiding en de brede consultatie vooralsnog voorbeeldig verlopen.

Met de meeste hoogachting,



H.H.J. Flim
directeur/bestuurder

cc:

Dr. A. Klink, Ministerie van VWS
Drs. M. Barth, GGZ Nederland
Drs. J.F. de Beer, GGZ Nederland
Drs. M. ter Avest, Landelijk Platform GGZ
Prof. Dr. G. van der Wal, Inspectie voor de Gezondheidszorg
Drs. M.W. Knuttel, Stichting Pandora
Drs. Y. van Gilse, LOC, Zeggenschap in zorg