

Notitie advies samenloop Wvggz/Wzd

Per 1 januari 2020 wordt de Wet Bopz vervangen door de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Het feit dat er twee wetten zijn is voor de dagelijkse praktijk onhandig. Bij een grote patiëntengroep is sprake van dubbelproblematiek, waardoor met name in de samenloop tussen de Wvggz en Wzd knelpunten worden verwacht. Om de wetten optimaal te kunnen uitvoeren zal de zorg opnieuw moeten worden ingericht. Hiervoor is onvoldoende tijd en capaciteit beschikbaar.

De NVvP geeft haar leden via deze notitie haar standpunt mee ten aanzien van hoe in de praktijk kan worden omgegaan met de samenloop van de wetten en met name hoe de zorg daarop kan worden ingericht. Het uitgangspunt is dat hierbij het belang van de patiënt voorop moet staan.

De NVvP heeft de volgende overwegingen meegenomen:

- De wetgever heeft met de splitsing van de Bopz in de Wvggz en de Wzd bepaald dat de GGZ in essentie enkel verantwoordelijkheid kent ten aanzien van de Wvggz.
- Gezien het bovengenoemde punt dat de GGZ in principe géén Wzd verantwoordelijkheid heeft, is het feit dat als de GGZ crisisdienst beoordelingen doet in het kader van de Wzd, dit zodoende te beschouwen is als een 'service' vanuit de GGZ.
- De aanname van de Minister dat de samenloop tussen beide wetten een beperkt aantal betrokkenen betreft is niet correct en daarmee is niet alles gezegd. Daar waar de samenloop er is, is deze ingewikkeld in zijn uitwerking. In het huidige Wet Bopz-stelsel vallen beide regimes (Wvggz en Wzd) onder de Wet Bopz. Dit maakt het nu mogelijk om betrokkenen die straks onder de Wzd vallen, voor crisis tijdelijk verplicht op te vangen binnen een GGZ-afdeling met een Bopz erkenning. Straks kan dit niet meer omdat de meeste GGZ-afdelingen geen Wzd erkenning zullen hebben. Uitzondering hierop is als Wzd patiënten, vanwege voorliggende psychische problematiek, vrijwillig of op grond van de Wvggz worden opgenomen.
- Kwalitatief optimale zorg voor de betrokkene is het doel én leidend in de te maken keuzes. De keuze voor een wettelijk kader is volgend. Een goede samenwerking tussen de drie sectoren GGZ, VG (Verstandelijk Gehandicapten) en PG (Psychogeriatric) dient dit doel en moet niet door verschillen in de wettelijke bepalingen belemmerd of aangetast worden. Voorkomen dient te worden dat betrokkenen en de verwijzer van het spreekwoordelijke 'kastje naar de muur' gestuurd worden. Zodoende is het benodigd dat de VG en PG sectoren een centraal aanspreekpunt voor de verwijzer, voor buiten kantoor tijden, creëren.
- Het cliëntvolgend schakelen tussen de twee verschillende wettelijke kaders van de Wzd en Wvggz werkt de volgende knelpunten in de hand:
 - Een verhoging van de werkdruk en administratieve lasten, zowel tijdens de implementatie als tijdens de dagelijkse praktijk.
 - Het brengt onduidelijkheid voor de betrokkenen met zich mee, aangezien er wezenlijke verschillen zijn tussen de Wzd en de Wvggz. Deze verschillen hebben zodoende tot gevolg dat de rechtspositie en rechtsbescherming onduidelijk kunnen zijn voor de betrokkenen (en diens vertegenwoordigers). Voorkomen moet worden dat noodzakelijke zorg niet wordt geboden of kan worden geboden vanwege die onduidelijkheid of het afwezig zijn van de benodigde randvoorwaarden.
 - Het implementeren van twee wettelijke kaders is lastig. Bovendien vraagt het om een gedegen implementatieplan en kost het (meer) tijd. Dit geldt óók voor het eigen

kunnen maken van meer dan één wettelijk kader door de zorgprofessionals. Het voorgaande geldt vooral wanneer er in de praktijk niet dagelijks met twee wettelijke kaders gewerkt wordt, waardoor de kans bestaat dat dit fouten in de hand werkt.

- Wanneer met deze twee wettelijke kaders gewerkt wordt binnen een instelling moet er zowel een geneesheer-directeur onder de Wvggz als een Wzd-functionaris aangesteld worden die allebei verantwoordelijk zijn voor het toezicht.
- Het is belangrijk dat er voldoende Wzd (crisis)bedden beschikbaar zijn voor alle inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen. Het is belangrijk dat artsen en patiënten snel inzicht hebben in mogelijke beschikbare plaatsen. Dit inzicht moet actueel en 24/7 beschikbaar zijn. Het zou enorm helpen als het zoeken naar beschikbare plaatsen niet overgelaten wordt aan de enkele arts die de dienstdoende is aangezien dit een onnodige belasting is van de toch al beperkte capaciteit.
- Onder de Wet Bopz kent het CIZ geen spoedprocedures voor de GGZ. Dit levert problemen op indien tijdens de (gedwongen) opname blijkt dat PG of LVB voorliggend is, aangezien het CIZ in een dergelijke situatie snel moet kunnen schakelen én de Wzd-sector de betrokkene snel moet kunnen overnemen. Daarnaast kan het voorkomen dat er een IBS onder de Wzd wordt afgegeven en de betrokkene binnen de PG of VG opgenomen wordt, terwijl er nog geen CIZ indicatie voorhanden is. Dit kan zodoende gevolgen hebben voor de financiering van de zorg.

De NVvP komt zodoende tot de volgende standpunten:

1. Wij adviseren onze leden om bestuurders te adviseren om per accommodatie en instelling in het algemeen één wettelijk kader te hanteren: of Wvggz of Wzd.
2. Wij adviseren onze leden om in de regio contact op te nemen met hun collega's van buiten de eigen instelling om regionale knelpunten te inventariseren en afspraken te maken over de samenwerking en samen op te trekken in het belang van goede kwaliteit van zorg van onze gezamenlijke patiënten.
3. Wij realiseren ons dat het logistiek onhaalbaar is om buiten kantoortijden twee (Wvggz en Wzd) of zelfs drie (GGZ, VG en PG) crisisdiensten te hebben. In de praktijk zal er waarschijnlijk één crisisdienst (blijven) bestaan die de acute crisisbeoordelingen doet. Dit kan betekenen dat de huidige GGZ crisisdienst de Wzd-partijen dan een dienst verleent door ook de Wzd-beoordelingen uit te voeren. Een aantal randvoorwaarden zijn hiervoor noodzakelijk. Ten eerste dient er ten alle tijden (7 x 24 uur) consultatie en waar mogelijk ook deelname van AVG-artsen en specialisten ouderengeneeskunde beschikbaar te zijn. Dit is nodig omdat de expertise van de GGZ-crisisdienst niet primair bij de Wzd en de Wzd populatie ligt. Zij moeten hiervoor dus consultatie kunnen invoeren. Ten tweede dienen er bij Wzd-aanbieders altijd acute crisisbedden, het liefst aangevuld met ambulante vormen van acute zorg, beschikbaar te zijn. Dit is nodig omdat als er een inbewaringstelling in het kader van de Wzd wordt afgegeven, er ook een voorziening bij voorraad leverbaar moet zijn. Het kan niet voorkomen dat de crisisdiensten uren moeten rondbellen voor een bed en dat zij daardoor hun urgente taken in het kader van de Generieke module acute psychiatrie niet meer kunnen uitvoeren. Wanneer niet aan deze randvoorwaarden wordt voldaan, is de situatie niet werkbaar voor de GGZ-crisisdienst. De bovengenoemde dienstverlening zal dan niet worden voortgezet.
4. Wij verzoeken het CIZ om spoedprocedures in te richten voor betrokkenen die zorg ontvangen. Met het inrichten van een dergelijke spoedprocedure wordt geborgd dat de Wzd

een betrokkene snel kan overnemen, indien VG of PG problematiek voorliggend blijkt te zijn. Daarnaast verzoeken we het CIZ om samen met ons afspraken te maken over samenwerking en communicatie naar onze leden over de procedures en werkwijze om de zorg zo efficiënt mogelijk in te richten voor betrokkenen die zorg ontvangen. Dit geldt zowel voor Wvvgz als Wzd, waarbij wordt geborgd dat de patiënt zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek kan ontvangen.

5. Wij adviseren de zorgaanbieders om kennis over beide wetten binnen de instellingen te organiseren, dus óók over de wet waarmee niet primair gewerkt wordt en de randvoorwaarden te creëren om de samenwerking te faciliteren en stimuleren.
6. Wij adviseren de minister een adviesgroep van professionals samen te stellen met vertegenwoordiging uit de betrokken verenigingen aangevuld met huisartsen, medisch adviseurs en verpleging die ervaringen, knelpunten en signalen kunnen doorgeven en daarmee actief betrokken worden bij de evaluatie en monitoring.