



Tweede Kamer der Staten-Generaal  
Aan de leden van de vaste commissie  
voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<b>Datum</b>	17 november 2016	<b>Contact</b>	mw. mr. M.N. (Marijke) Delwig
<b>Ons kenmerk</b>	20161110MD	<b>Telefoon</b>	06 – 57 53 69 90
<b>Onderwerp</b>	2 <sup>e</sup> nader verslag Wvggz/Wzd	<b>E-mail</b>	mdelwig@vgn.nl

Geachte Leden van de vaste commissie,

Als vervolg op de hoorzitting van 31 oktober 2016, en met het oog op de schriftelijke inbreng voor het tweede nader verslag Wet verplichte ggz (Wvggz), brengt de VGN graag nog een aantal punten bij u onder de aandacht over het Wetsvoorstel zorg en dwang (Wzd). Achtereenvolgens gaan we in op punten die op de hoorzitting naar voren zijn gebracht, op de mogelijke toepassing van onvrijwillige zorg in de thuis-situatie, alsmede op andere punten die nog van belang zijn om voor de praktijk een zo goed mogelijk werkbaar wet te krijgen.

### **Twee wetten handhaven**

Wij zijn blij met de Wzd, die specifiek is toegesneden op onze sector (en de psychogeriatric) en die vanaf het ontwerp van de wet is opgebouwd in samenspraak met de gehandicaptenzorgpraktijk. Een eigen regeling is van belang, omdat er essentiële verschillen bestaan ten opzicht van de ggz. De eigen doelgroep, de zorgbehoefte en het type dwang rechtvaardigen eigen procedures voor beide sectoren. In de gehandicaptensector zijn mensen vaak levenslang en levensbreed in zorg en gaat het om een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Indien ingrijpen nodig is, gaat het vooral om de dagelijkse leefomgeving. Bij wonen past bijvoorbeeld een benadering gericht op begeleiding en ondersteuning vaak het beste. De ggz-sector richt zich meer op (kortdurende) behandeling en het beter maken van de cliënt. Dit vraagt om een andere benadering.

### **Rechtsbescherming Wzd**

Tijdens het rondetafelgesprek kwam aan de orde of cliënten als ze onder de Wzd vallen minder rechtsbescherming hebben dan cliënten die onder de Wvggz vallen. Wij zijn van mening dat de rechtsbescherming grotendeels identiek is: beide wetten bieden toegang tot een externe onafhankelijke cvp/pvp (ook de cvp in de Wzd zal door zorgaanbieders extern moeten worden betrokken). Beide wetten bieden een (zelfde) klachtenregeling en beide wetten regelen gedwongen opname in een instelling via de rechter. Het verschil zit in wie er beslist dat verplichte zorg/onvrijwillige zorg wordt

Oudlaan 4  
3515 GA Utrecht  
Postbus 413  
3500 AK Utrecht

www.vgn.nl  
E [info@vgn.nl](mailto:info@vgn.nl)  
T 030 27 39 300  
F 030 27 39 387

IBAN NL91RABO0331021005  
BIC RABONL24  
BTWnr: 80.47.42.534.B.01  
KvK Utrecht 404.83210

toegepast. Bij de Wvvgz beslist de rechter over verplichte zorg en bij de Wzd wordt via het zogenaamde 'stappenplan' (opschalingsmodel) besloten over de toepassing van onvrijwillige zorg. Bij het 'stappenplan' kijken voor het opleggen van onvrijwillige zorg via een opschalend model, steeds andere deskundigen mee (naar alternatieven, afbouwen of helemaal afzien van onvrijwillige zorg) tot aan onafhankelijke experts van buiten de organisatie toe, die verstand van deze cliëntgroepen hebben en dus van het (soms zeer moeilijk verstaanbare) gedrag. De vraag is dus waarom een toetsing van de rechter meer rechtsbescherming zou bieden dan het 'stappenplan'. Inhoudelijk bekeken is er in onze ogen juist meer bescherming voor een cliënt, doordat er meerdere keren verschillende deskundigen - inclusief deskundigen van buiten - meekijken of onvrijwillige zorg wel noodzakelijk is, of dat het ook anders kan.

Kortom: Als er dus al een verschil is, vinden wij dit goed te rechtvaardigen: voor onze specifieke doelgroep biedt het stappenplan een met waarborgen omklede, meer passende beoordeling of onvrijwillige zorg wel of niet mag worden toegepast, dan een uitspraak van de rechter.

Tot slot wordt in de discussie over één wet en gelijke rechtsbescherming ook verwezen naar de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg van ZonMW uit december 2014. De gehandicaptensector is helaas bij dit onderzoek nauwelijks betrokken geweest (in meerdere opzichten, maar in ieder geval ook voor wat betreft deelname aan discussiegroepen over de inhoud en de conclusies). In het hoofdstuk Jeugd komt de VG sector überhaupt niet in beeld, terwijl de gehandicaptensector al jaren tegen de problemen van de huidige wet Bopz aanloopt met deze doelgroep. Wij onderschrijven de conclusies van deze thematische evaluatie dan ook niet.

### **Reikwijdte**

Tijdens het rondetafelgesprek kwam de vraag aan de orde of de Wzd wel cliëntvolgend zou zijn. Cliëntvolgend in de zin dat de Wzd ook van toepassing is buiten de intramurale instelling, bijvoorbeeld op dagbestedingslocaties (buiten de instelling) waar cliënten overdag kunnen verblijven. Uit de toelichting bij de tweede nota van wijziging voor wat betreft het onderdeel Wzd (pagina 134), leiden wij af dat een cliëntvolgende wet wordt beoogd, maar wij leiden wij dit niet af uit de wettekst van (het begrippenkader van) artikel 1. De VGN vindt het van belang dat het een cliëntvolgende wet is, zodat de wet ook van toepassing is op cliënten die overdag op dagbestedingslocaties verblijven. Nu over de cliëntvolgendheid van de Wzd onduidelijkheid bestaat, vragen wij u hierover opheldering aan de regering te vragen.

Voor wat betreft de vraag of de Wzd in de thuissituatie toegepast kan worden, merken wij het volgende op. De wet bepaalt in zowel de Wvvgz als de Wzd dat ambulante onvrijwillige zorg straks mogelijk is, nadat hierover in een AMvB (artikel 2.4. Wvvgz, artikel 2a Wzd) is vastgesteld wie ambulante onvrijwillige zorg mag verlenen en welke vormen van onvrijwillige zorg mogen worden verleend. De voorbereiding voor deze AMvB op grond van de Wzd is gaande en hierbij is/wordt de gehandicaptensector betrokken.

### **Toezicht**

In het rondetafelgesprek kwam aan de orde dat door het ontbreken van een specifieke bepaling over de Bopz-arts in de Wzd, de rechtsbescherming van de cliënt in het

geding zou zijn. In onze ogen is de rechtsbescherming niet in het geding omdat zorgaanbieders goed en passend toezicht zullen vormgeven. Wij zijn blij dat in de Wzd de verantwoordelijkheid voor het toezicht bij de zorgaanbieder is gelegd, omdat dit goed aansluit bij de zorgpraktijk.

Er zijn meer modellen denkbaar dan het Bopz-artsmodel. Natuurlijk kiezen zorgaanbieders voor het Bopz-model, indien dit in hun instelling het meest aangewezen model is. Binnen onze sector komt het echter ook voor dat de arts en de gedragsdeskundige de verantwoordelijkheid over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen delen. Veel vrijheidsbeperkende maatregelen worden immers ingezet vanuit gedragsmatige overwegingen (afspraken over bewegingsvrijheid, bijvoorbeeld deuren of koelkast gesloten, afspraken over sociale contacten, afspraken over beperkingen van roken en drinken, gebruik van toezichthoudende domotica zoals cameratoezicht en of uitluisterapparatuur, een smeerpak). Wanneer de arts hier de eindverantwoordelijkheid in blijft houden, zoals de huidige verantwoordelijkheid van de Bopz-arts, sluit dit onvoldoende aan bij de praktijk. De Bopz-arts en gedragsdeskundige hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid, ieder vanuit de eigen expertise.

### **Toepassing stappenplan en registratie aanpassen.**

Wil het stappenplan uitvoerbaar zijn, dan is vereenvoudiging nodig. Nu bepaalt de Wzd dat het stappenplan voor alle vormen van onvrijwillige zorg moet worden gevolgd en dat er een register moet worden bijgehouden ten behoeve van de inspectie, waarin alle onvrijwillige zorg is opgenomen. De VGN pleit, zonder afbreuk te willen doen aan het 'nee tenzij' principe en het stappenplan als zodanig, voor een stappenplan dat is begrensd tot een limitatieve lijst van (ingrijpende) maatregelen met een bijbehorende registratie. Bij de totstandkoming van deze lijst moet worden gekeken naar onvrijwillige zorg in relatie tot context. Indien deze lijst tot stand komt heeft dit consequenties, die in het wetsvoorstel moeten worden verwerkt. Voor de registratie van onvrijwillige zorg betekent dit dat vanzelfsprekend alle vormen van onvrijwillige zorg in het zorgplan worden opgenomen en dat de limitatieve lijst van onvrijwillige zorg wordt bijgehouden in een register, ten behoeve van de inspectie. Het is in de praktijk onwerkbaar om het stappenplan én de registratie voor alle vormen van onvrijwillige zorg uit te voeren. Het zal hoge personeelskosten en administratieve lasten met zich meebrengen.

### **Aanpassen 'zorgverantwoordelijke'**

In het oorspronkelijke wetsvoorstel dat door de Tweede Kamer is aangenomen, wordt aan de zorgaanbieders overgelaten wie zij 'zorgverantwoordelijke' maken. Passend bij de regeling van verantwoordelijkheidsverdeling zoals geformuleerd in de Wkkgz<sup>1</sup>. Na de harmonisatie is die verdeling als volgt ingevuld: de zorgverantwoordelijke is een arts of een bij AMvB vastgesteld deskundig persoon. Voor de gehandicaptensector kan

---

<sup>1</sup> Artikel 1 lid 1.: De zorgaanbieder biedt goede zorg aan.

Artikel 3: De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, bedient zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij een zorgaanbieder is als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, 1°, draagt tevens zorg voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.

gedacht worden aan een gedragsdeskundige. De taak van de zorgverantwoordelijke is omvangrijk. Er zal dan ook een groot tekort aan artsen en gedragskundigen ontstaan, als zij deze functie in onze instellingen op zich nemen, zonder taken te kunnen overdragen aan zorgverleners. Wij bepleiten dan ook om de oorspronkelijke regeling (van vóór de harmonisatie) weer in het wetsvoorstel op te nemen, zodat zorgaanbieders de verantwoordelijkheids- en taakverdeling op een goede en verantwoorde wijze kunnen inrichten.

### **Artikel 2 Definitie onvrijwillige zorg en verzetscriterium**

In het wetsvoorstel dat nu bij de Eerste Kamer ligt, staat dat alleen sprake kan zijn van onvrijwillige zorg als de cliënt daarmee niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich heeft verzet. Hieruit blijkt dat dus expliciet instemming moet worden gevraagd. Vanwege de harmonisatie staat in de huidige definitie dat onder onvrijwillige zorg moet worden verstaan 'zorg waartegen de cliënt zich verzet'. Dit houdt in dat als de cliënt zich niet verzet er sprake is van vrijwillige zorg. Wij verbazen ons over deze harmonisatiewijziging. Uit de evaluatie van de Bopz uit 2002 kwam immers naar voren dat verzet moeilijk wordt (h)erkend. In de nieuwe formulering van artikel 2 betekent in onze ogen 'je niet verzetten' niet hetzelfde als 'instemming geven'. Echter, 'je niet verzetten' wordt nu geschaard onder vrijwillige zorg.

Omdat verzet moeilijk wordt (h)erkend, ligt het meer voor de hand de definitie terug te brengen naar de definitie zoals deze nu in het wetsvoorstel is vervat dat bij de Eerste Kamer ligt. Er is sprake van onvrijwillige zorg als de cliënt daarmee niet instemt of waartegen de cliënt zich verzet. Tot slot roept het ook de vraag op hoe zich dit verhoudt tot het nieuwe artikel 3a (overgenomen zonder toelichting uit de Wvggz), waarin wel gesproken wordt over instemming en verzet, maar niet over 'geen verzet'.

Tot slot: vanwege de vele knelpunten waar de sector al jaren met de huidige wet Bopz tegen aanloopt, hopen wij dat de wet snel in werking zal kunnen treden. De VGN verzoekt u het bovenstaande bij uw inbreng te betrekken, opdat er straks een goed uitvoerbare wet zal zijn.

Met vriendelijke groet,

F. (Frank) Bluiminck  
*Directeur*