



Aan de leden van de commissies voor
Volksgezondheid, Welzijn en Sport en
Veiligheid en Justitie van de Eerste Kamer

| | | | |
|--------------------|---|-----------------|-----------------------|
| Datum | 11 mei 2017 | Contact | F. (Frank) Bluijminck |
| Ons kenmerk | 20170511MD | Telefoon | 030 – 27 39 743 |
| Onderwerp | Deskundigenbijeenkomst 16 mei 2017 | E-mail | fbluijminck@vgn.nl |

Geachte Leden van de Eerste Kamer,

Ten behoeve van de deskundigenbijeenkomst van 16 mei 2017 over de Wet verplichte ggz (Wvggz), de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet forensische zorg (Wfz) treft u hieronder het standpunt van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) aan.

Doel van de deskundigenbijeenkomst is te achterhalen of de gewenste samenhang met de drie wetsvoorstellen in voldoende mate tot stand is gekomen en of de wetten uitvoerbaar zijn. Wij zullen daarbij de door u genoemde aspecten¹ in onderstaand standpunt betrekken. Wij komen alles overwegende tot de slotsom dat de wet zoals deze nu voorligt niet goed uitvoerbaar is voor de praktijk. Wij lichten dat hieronder toe.

ALGEMEEN

Twee wetten

De VGN is altijd blij geweest met de Wzd die specifiek was toegesneden op de gehandicaptensector (en de psycho-geriatrie) en die vanaf het ontwerp van de wet is opgebouwd in samenspraak met de gehandicaptenzorgpraktijk. De Wzd die (na alle wijzigingen) nu voorligt, is inmiddels minder goed toegesneden op onze sector. Een regeling, die is toegesneden op onze sector, 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. Er gaan echter ook stemmen op die stellen dat het juist beter zou zijn als er één wettelijke regeling zou komen waar alle sectoren onder vallen en dat de Wvggz hiervoor geschikt zou zijn. De VGN is niet principieel tegen één wet, maar dan

¹ De consistentie van de visie; de juridische eenduidigheid van het wettelijk kader en de proportionaliteit; de praktische uitvoerbaarheid.

moet het wel een wet zijn die mede is toegesneden op onze sector en niet eenzijdig vanuit de ggz-visie is opgesteld, zoals nu de Wvggz.

Heroverweging Wzd

De Wzd heeft een lange behandeling achter de rug waarbij gaandeweg de wet ingrijpend is veranderd. De vele nota's van wijziging en de recente parlementaire behandeling van de Wvggz en daarmee indirect de Wzd, hebben geleid tot een wet waarvan wij ons nu afvragen of die nog steeds zo goed uitvoerbaar is en specifiek toegesneden is op onze sector. Wij signaleren een aantal knelpunten die zijn ontstaan na wijzigingen in de wet, signaleren onduidelijkheden waarover wij vragen hebben en stellen vast dat een aantal wijzigingen die de VGN had voorgesteld niet zijn overgenomen door de regering en de Tweede Kamer. De optelsom van dit alles is, dat wij van mening zijn dat de wet zoals deze nu voorligt niet goed uitvoerbaar zal zijn. Wij hebben dan ook nog de nodige vragen en voorstellen die u hieronder aantreft. Alvorens hierop in te gaan, gaan wij eerst in op het punt van de rechtsbescherming.

Rechtsbescherming Wzd

U heeft in 2013 de behandeling van de Wzd (en in 2014 ook de behandeling van de Wfz) stilgelegd in afwachting van de Wvggz omdat u de wetsvoorstellen in samenhang wilde bezien mede vanwege de harmonisatie van de rechtsposities van personen die gedwongen zorg ontvangen. Tijdens de behandeling van de Wzd en de Wvggz is aan de orde gekomen 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. 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 toegepast. Bij de Wvggz 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 van verschillende disciplines mee (naar alternatieven, afbouwen of helemaal afzien van onvrijwillige zorg) tot aan onafhankelijke experts van buiten de organisatie toe. Bijvoorbeeld deskundigen van het Centrum voor Consultatie en Expertise, 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 en meer passende beoordeling of onvrijwillige zorg wel of niet mag worden toegepast, dan een uitspraak van de rechter.

Daarnaast valt een verschil op waarbij de regeling voor wilsonbekwamen in de Wzd anders is (meer waarborgen voor cliënt) dan in de Wvggz. De vraag is waarom hier geen harmonisatie heeft plaatsgevonden. In de Wzd kunnen wilsonbekwamen die zich niet verzetten tegen opname, maar ook geen toestemming (kunnen) geven voor

opname, alleen in een instelling worden opgenomen indien een bepaalde wettelijk vastgelegde procedure wordt gevolgd (te weten via het CIZ zoals dit nu ook al onder de wet Bopz gebeurt). In de Wvggz echter kunnen wilsonbekwamen die zich niet verzetten tegen opname, maar ook geen toestemming (kunnen) geven voor opname, opgenomen worden zonder tussenkomst van de rechter indien de wettelijk vertegenwoordigers hiervoor toestemming hebben gegeven. Als het gaat om zorgverlening binnen de instelling, indien de wilsonbekwame cliënt is opgenomen, is op grond van de Wvggz wederom alleen toestemming van de vertegenwoordigers nodig. De rechter komt er niet aan te pas. In de Wzd geldt bij wilsonbekwamen altijd het stappenplan indien het om zorg die de bewegingsvrijheid beperkt en toediening van medicatie gaat, ongeacht of de vertegenwoordiger instemt.

VRAGEN EN VOORSTELLEN

Integrale memorie van toelichting ontbreekt

De Wzd is op vele punten aangepast aan de Wvggz. Vele wijzigingen zijn niet van een toelichting voorzien (anders dan 'vanwege de harmonisatie' en dat zelfs niet altijd), waardoor het niet altijd te begrijpen is wat de wetgever precies bedoelt. Soms moet om een gewijzigd artikel te kunnen begrijpen, gegrepen worden naar de toelichting bij de Wvggz. Het is onwerkbaar dat de sector straks de Wvggz erbij moet pakken en via de verschillende nota's van wijziging moet uitzoeken om te weten wat bedoeld wordt met een artikel in de Wzd (als al in een toelichting is voorzien).

Vraag: Ons verzoek is dan ook, net zoals u de regering heeft verzocht bij de Wkkgz in 2013, de regering te verzoeken de Wzd van een integrale toelichting (op alle wetsartikelen) te voorzien.

Verantwoordelijkheidsverdeling Zorgaanbieder versus Wzd-arts onduidelijk

De introductie van de Wzd-arts in de Wzd roept de nodige vragen op in relatie tot de uitvoering. Het wetsvoorstel dat er nu ligt, is door het amendement van de Wzd-arts ingrijpend gewijzigd voor wat betreft de verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot onvrijwillige zorg. Allereerst krijgt de Wzd-arts een taak die hij niet op grond van de wet Bopz heeft: namelijk het toetsen van zorgplannen. Ook krijgt hij de bevoegdheid de zorgverantwoordelijke (bijvoorbeeld gedragskundige) aanwijzingen te geven het zorgplan aan te passen als hij vindt dat dit nodig is. Daarnaast krijgt de Wzd-arts de verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van de onvrijwillige zorg en kan de zorgaanbieder de Wzd-arts geen aanwijzingen geven met betrekking tot de uitvoering van diens taken. De verantwoordelijkheid voor het verlenen van onvrijwillige zorg gaat hiermee feitelijk over van de zorgaanbieder naar Wzd-arts. Daarmee komt dit in strijd met andere bepalingen in de Wzd die de verantwoordelijkheid voor het beleid inzake de toepassing van onvrijwillige zorg, juist expliciet bij de zorgaanbieder legt. Het amendement bepaalt, dat in het zorgplan vermeld moet zijn hoe de zorgaanbieder én de Wzd-arts de kwaliteit van de onvrijwillige zorg bewaken en toezicht houden op de uitvoering daarvan. Er zijn dan twee toezichthouders waarvan het onduidelijk is hoe deze zich tot elkaar verhouden. Het roept vragen op over de (eind)verantwoordelijkheid van de

zorgaanbieder en de mogelijkheden om in te kunnen grijpen indien de Wzd-arts zijn taak volgens de zorgaanbieder niet naar behoren uitvoert. Wij vinden dat de zorgaanbieder hierin zijn verantwoordelijkheid hoort te kunnen nemen zoals de Wkkgz ook van hem verlangt. Wetgeving hoort consistent te zijn en het is dus niet praktisch werkbaar om de verantwoordelijkheid op verschillende manieren te regelen in twee verschillende wetten.

Voorstel: Het is noodzakelijk dat de wetgever voordat de wet in werking treedt duidelijkheid over het bovenstaande verschaft en dat de wet duidelijk bepaalt hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is.

Ook gedragskundige als Wzd-arts

De VGN betreurt dat met de introductie van de Wzd-arts in de Wzd het niet mogelijk is gemaakt dat naast de arts ook de gedragskundige (denk aan de GZ-psycholoog) de rol van de Wzd-arts op zich kan nemen. Binnen onze sector komt het namelijk ook voor dat de arts en de gedragsdeskundige de verantwoordelijkheid over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen delen. De gedragskundige kan de toebedeelde rol van de Wzd-arts ook alleen op zich nemen. Veel vrijheidsbeperkende maatregelen worden niet vanuit medische gronden ingezet maar 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 Wzd-arts, sluit dit onvoldoende aan bij de praktijk.

Voorstel: leg in de wettekst vast dat naast de arts ook de gedragskundige de rol van Wzd-arts op zich kan nemen.

Stappenplan alleen bij limitatieve lijst van maatregelen

Wil het zgn. stappenplan uitvoerbaar zijn, dan is vereenvoudiging nodig. Nu bepaalt de Wzd dat het stappenplan voor alle vormen van onvrijwillige zorg moet worden gevolgd. 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. Het is in de praktijk onwerkbaar om het stappenplan voor alle vormen van onvrijwillige zorg uit te voeren. Het zal hogere personeelskosten en administratieve lasten met zich meebrengen.

Voorstel: De definitie van onvrijwillige zorg onder artikel 2 vervangen door een bepaling dat bij AMvB een lijst van maatregelen wordt vastgesteld waarvoor het stappenplan zal gelden.

Vervang nieuwe definitie 'zorgverantwoordelijke' door oude definitie

Het oorspronkelijke wetsvoorstel dat door de Tweede Kamer is aangenomen, laat aan

de zorgaanbieders over wie zij 'zorgverantwoordelijke' maken. Dit past bij de regeling van verantwoordelijkheidsverdeling zoals geformuleerd in de Wkkgz². Na de harmonisatie van de Wvggz en de Wzd is die verdeling als volgt ingevuld: de zorgverantwoordelijke is een arts of een bij AMvB vastgesteld deskundig persoon. Voor de gehandicaptensector wordt gedacht aan een gedragsdeskundige. In een schriftelijke reactie (van 13 februari 2017) van de staatssecretaris op een amendement van de SP zegt de staatssecretaris dat hij bezwaren heeft tegen het amendement dat ertoe strekt dat de zorgverantwoordelijke altijd een BIG-geregistreerde moet zijn. De staatssecretaris stelt: "Voor de doelgroep van de Wzd, met name voor de mensen met een verstandelijke beperking, geldt dat de benodigde deskundigheid voor de zorg vaak eerder ligt op het gebied van gedragsdeskundigen die niet altijd BIG-geregistreerd zijn". Hij zegt echter ook dat het amendement in strijd is met het in januari 2017 tot stand gekomen Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg waarin de zorgverlener tenminste niveau 3 heeft in de rol van eerst verantwoordelijke verzorgende.

De vraag is of dit betekent dat voor de gehandicaptensector dan ook bijvoorbeeld de (persoonlijk) begeleiders (die nu ook naar volle tevredenheid de schakelrol vervullen: coördinatie van zorg, opstellen ondersteuningsplan, aanspreekpunt) in de AMvB kunnen worden opgenomen als een deskundig persoon die de rol van zorgverantwoordelijke op zich kan nemen. Kenmerkend voor de gehandicaptensector is multidisciplinaire samenwerking waar zorgverleners een belangrijke rol vervullen en hun kennis optimaal wordt benut. De persoonlijk begeleider fungeert daarin als 'spin in het web'. De vraag is waarom een taak die nu ook mede door iemand op mbo(4)-niveau wordt uitgevoerd straks alleen door iemand op academisch niveau moet worden uitgevoerd. De huidige praktijk geeft daar ons inziens geen enkele aanleiding voor.

De meest simpele oplossing is om de oorspronkelijke regeling van vóór de harmonisatie weer in het wetsvoorstel op te nemen, zodat zorgaanbieders de verantwoordelijkheid en de taakverdeling op een goede en verantwoorde wijze kunnen inrichten. Indien de bepaling echter ongewijzigd blijft, is het wel van belang dat persoonlijk begeleiders door de AMvB als deskundigen worden aangewezen. Indien dit niet gebeurt, zal ook de uitvoerbaarheid aan de orde zijn: de taak van de zorgverantwoordelijke is omvangrijk en dan ook niet goed uit te voeren met het aantal artsen en gedragskundigen dat er nu in de sector werkzaam is.

Voorstel: Schrap artikel 1 sub g waarin de zorgverantwoordelijke wordt gedefinieerd en laat de oorspronkelijke bepaling van vóór de harmonisatie herleven ("zorgverantwoordelijke: de voor de cliënt door de zorgaanbieder als zodanig aangewezen persoon, die zijn taken namens de zorgaanbieder uitvoert"). Indien de bepaling ongewijzigd blijft, dan moet de AMvB ook begeleiders aanwijzen om de rol van zorgverantwoordelijke op zich te kunnen nemen.

²Artikel 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.

Voorwaardelijke machtiging en leeftijdsgrens

De Tweede Kamer heeft het amendement aangenomen waarmee de voorwaardelijke machtiging wordt opgenomen in de Wzd. Wij zijn hier blij mee. Bij een voorwaardelijke machtiging – die een rechter verleent als het noodzakelijk is om 'ernstig nadeel' te voorkomen – is de hulpverlener bij het niet nakomen van de voorwaarden die zijn afgesproken met de cliënt, bevoegd de cliënt alsnog in de instelling op te nemen. Een voorwaardelijke machtiging is een zwaar middel, maar is zeer geschikt als 'stok achter de deur' om het gedrag van de cliënt te sturen. Dat is bij een deel van deze kwetsbare groep cliënten soms nodig om grotere problemen of een gedwongen opname te voorkomen. De minst ingrijpende interventie is altijd de meest wenselijke.

Tegelijkertijd zien wij de leeftijdsgrens van 23 jaar als een beperking die wij kunnen herleiden tot de achterliggende problematiek in de jeugdzorg, maar tegelijkertijd als een onwenselijke beperking voor andere doelgroepen. De problematiek die wordt geconstateerd in de jeugdzorg (leeftijdscategorie tot 23 jaar) houdt voor deze doelgroep na het 23^e jaar niet op. Wij zien dezelfde problematiek bij volwassenen in deze doelgroep: overlastgevend gedrag, niet in zorg willen komen of moeilijk in zorg te houden. Ook voor die groep is de voorwaardelijke machtiging nodig waarmee op de cliënt drang kan worden uitgeoefend om zorg te accepteren en ook in zorg te blijven. Daarmee kan opname worden voorkomen en maatschappelijke risico's worden verminderd.

Voorstel: haal de leeftijdsgrens uit artikel 28aa.

Ten slotte

Alles overwegende komen wij tot de conclusie dat de Wzd in de huidige vorm niet goed uitvoerbaar is. Wij realiseren ons dat de Eerste Kamer niet de bevoegdheid heeft om wetten te wijzigen. U heeft in uw uitnodiging aan ons gevraagd om aan te geven of de gewenste samenhang met de drie wetsvoorstellen in voldoende mate tot stand is gekomen en of de wetten uitvoerbaar zijn. Wij hebben daarom in deze brief aangegeven waar nog problemen zitten en tegelijkertijd voorstellen gedaan die tot een goede werkbare wet zullen leiden.

Met vriendelijke groet,



F. (Frank) Bluijminck
Directeur