

Tweede Kamer der Staten Generaal
Aan de leden van de vaste commissie voor
Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum	18 juli 2013	Contact	mw. mr. M.N. (Marijke) Delwig
Ons kenmerk	B17072013MD	Telefoon	030- 27 39 646
Onderwerp	Wetsvoorstel Zorg en dwang	E-mail	mdelwig@vgn.nl

Geachte leden van de vaste commissie voor VWS,

De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) zijn verheugd dat direct na het zomerreces voortzetting plaats vindt van de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Zorg en dwang. Wij kijken al geruime tijd uit naar dit wetsvoorstel omdat het specifiek is toegesneden op de gehandicaptensector (en de psychogeriatrische sector) en de huidige wet Bopz immers tekortschiet. Hieronder treft u onze reactie aan op het wetsvoorstel zoals het nu voorligt na de vijfde nota van wijziging en het advies van de Raad van State.

Algemeen

Allereerst willen wij aangeven dat wij blij zijn dat de Staatssecretaris van VWS aangeeft dat in de langdurige zorg rond het thema vrijheidsbeperking sprake is van een reeds ingezette cultuurverandering (IGZ 2010 en 2011). In veel organisaties is een cultuuromslag gaande en een visie geformuleerd op vrijheidsbeperking uitgaande van het *'nee, tenzij'-principe*. "Inmiddels zijn er veel concrete resultaten geboekt en is bekend welke maatregelen en kwaliteitseisen bijdragen aan het succesvol afbouwen." (IGZ, december 2012). "Ook in bredere zin is binnen de gehandicapten- (en ouderen)zorg de bewustwording steeds groter dat het fysiek beperken van de cliënt in zijn vrijheid niet normaal is. Zweedse banden en het gebruik van afzondering en separatie worden vergaand teruggedrongen." (brief Staatssecretaris 24 januari 2013).

Dit komt overeen met onze eigen bevindingen. Hoewel er verbeterlagen mogelijk en nodig zijn worden er ook successen geboekt.

Rol orthopedagogen/psychologen

Deze successen zijn mede te danken aan de gecombineerde inzet van artsen en orthopedagogen/psychologen bij het zorgvuldig handelen in kwesties van vrijheidsbeperking. In de gehandicaptensector kan de orthopedagoog/psycholoog op basis van zijn expertise meerdere taken op zich nemen waarvoor het wetsvoorstel nu alleen de arts noemt. Bij dwang gaat het altijd om een combinatie van somatische en psychische/sociale aspecten. In het wetsvoorstel komt de rol van de orthopedagoog/psycholoog onvoldoende aan de orde en is die niet wettelijk verankerd. Daarom pleiten wij ervoor deze rol wettelijk te verankeren. Dit zou onder andere kunnen in artikel 1 lid 1 sub c (hierin wel onderscheid maken met psychogeriatric), artikel 3 lid 2, artikel 8a lid 3 onderdeel b, artikel 17 lid 9 sub c, artikel 45 lid 5 sub b en artikel 48 lid 3 sub e.

Onvrijwillige zorg als ultimum remedium

Wij willen blijven benadrukken dat ook wij van mening zijn dat de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen een 'ultimum remedium' is: alleen als het echt niet anders kan. En ook wij zijn voorstander van een zorgvuldig proces voordat überhaupt tot de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen kan worden overgegaan. Het wetsvoorstel en de vierde en vijfde nota van wijziging dragen daar toe bij. De vierde en vijfde nota van wijziging zijn echter zo vergaand dat de uitvoering van het voorgestelde opschalend model in de (zorg)praktijk niet uitvoerbaar lijkt. Wij lichten dat hieronder nader toe.

Denktank

Het rapport van de Denktank complexe zorg kwam gelijktijdig uit met de vijfde nota van wijziging. De Denktank stelt in haar rapport dat zij verwacht dat er "veel winst is te behalen door volgens een getrappt zorgmodel ondersteuning te bieden vanuit een deskundig multidisciplinair team". Instellingen zouden "bij (ernstig) probleemgedrag en (ingrijpende) vrijheidsbeperkingen met een "getrappt zorgmodel" moeten gaan werken". De Denktank stelt dat het aanbeveling verdient dat de staatssecretaris het getrapte zorgmodel (sectoroverstijgend) nader uitwerkt. De vierde (en de vijfde) nota van wijziging is deze uitwerking. Na het uitkomen van het rapport van de Denktank heeft de VGN naar aanleiding hiervan ook de nodige acties ondernomen. Zo is bijvoorbeeld een traject gestart 'Zo zijn onze manieren' wat dit jaar nog zal resulteren in kwaliteitskenmerken voor vervolgleid bij de omgang met cliënten met een zeer complexe zorgvraag. Deze kwaliteitskenmerken moeten het 'nee-tenzij-principe verder ondersteunen en vastleggen wanneer interne en externe deskundigheid wordt ingeschakeld.

Raad van State

De Raad van State is vrij kritisch over de vierde nota van wijziging en adviseert de vierde nota te heroverwegen. Hij wijst erop dat er sprake lijkt te zijn van overregulering en juridisering.

Hij stelt dat er in de toelichting weinig aandacht wordt besteed aan de mogelijk onbedoelde gevolgen van de invoering van de voorgestelde uitgebreide besluitvormingsprocedure in de zorgpraktijk zowel voor zorginstellingen als de thuissituatie. Volgens de Raad kunnen de nieuwe verplichtingen leiden tot aanzienlijk meer administratieve lasten bij de zorginstellingen. Eén van de nieuwe negatieve effecten van administratieve lasten is volgens de Raad, dat de nieuwe verplichtingen relatief veel tijd vergen van de zorgverantwoordelijke en andere deskundigen "waardoor zij deze tijd niet kunnen besteden aan hun primaire taak (de zorg voor de cliënt). Ook de voorschriften uit de voorgestelde artikelen 8 tot en met 8c kunnen slechts uitgevoerd worden als daardoor voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is". Wij herkennen hetgeen de Raad van State hier opwerpt heel nadrukkelijk en wij constateren dat de regering de genoemde punten niet weerlegt in het nader rapport.

Opschalend model in deze vorm niet uitvoerbaar

De vierde en vijfde nota van wijziging bieden een opschalend model voor zorgvuldige besluitvorming voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Wij onderschrijven het belang van zorgvuldige toepassing van onvrijwillige zorg en zijn voorstander van een zorgvuldige procedure met betrekking tot het opnemen van onvrijwillige zorg (uiteraard als 'ultimum remedium') in het zorgplan. In de nieuwe artikelen 8a en 8b wordt dit opschalend model uitgewerkt. Wij kunnen ons voor een groot deel vinden in dit model. Echter vanwege de zeer brede definitie van onvrijwillige zorg, achten wij toepassing van het opschalingsmodel niet altijd uitvoerbaar. Wij doen dan ook hieronder een voorstel om deze definitie aan te passen.

Definitie van onvrijwillige zorg te breed geformuleerd

Bepaalde vormen van zorg worden altijd onvrijwillig verklaard ook al heeft de cliënt ermee ingestemd: dus ook dan moet het opschalend model van besluitvorming worden toegepast. Wij vinden dit ongewenst.

Dit geldt met name voor 'het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich niet verzet, vanwege de verstandelijke beperking'. De term gedragsbeïnvloedende medicatie is misleidend, omdat hiermee ook het voorschrijven van middelen wordt bedoeld, als die worden voorgeschreven voor harde psychiatrische diagnoses, zoals depressies of psychosen. Het komt ons onjuist voor, om dit als "altijd onvrijwillige zorg" te beschouwen; het hoort te blijven vallen onder de Wgbo.

Dit is principieel anders dan het voorschrijven van een "gedragsbeïnvloedend" middel bij een "zachte" diagnose zoals "probleemgedrag", als minder ingrijpende middelen niet blijken te werken. Hiervoor heeft de NVAVG ook een richtlijn uitgebracht (NVAVG-standaard 'Voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking' 2007). Hierin is het uitgangspunt dat pas voor psychofarmaca wordt gekozen nadat gebleken is dat andere interventies niet tot resultaat leiden.

De richtlijn bepaalt verder onder meer dat het gebruik van antipsychotica afgebouwd moet worden als de gedragsproblematiek - waarvoor zij zijn voorgeschreven - gedurende een periode van drie maanden gestabiliseerd is. Wij zijn van mening dat dit algemene kader voldoet om het gebruik van gedragsbeïnvloedende geneesmiddelen - waarvoor toestemming is gegeven - te regelen en dat het etiket "altijd onvrijwillige zorg" ten onrechte wordt opgeplakt.

Het gaat overigens naar schatting om 55% van de cliënten (circa 30.000 cliënten) die gedragsbeïnvloedende medicatie gebruiken en dus onder de huidige definitie van onvrijwillige zorg en onder het opschalingsmodel gaan vallen.

Wij menen dat een dergelijk voorstel van opschaling in alle gevallen niet uit de voorstellen van de Denktank valt af te leiden. De Denktank stelt dat het om een model gaat en dat het duidelijk is dat er niveauverschillen zijn in de mate van vrijheidsbeperking, zodat niet voor elke maatregel hetzelfde regime moet gelden (blz. 27 rapport van de Denktank). Dit betekent dat er wel degelijk anders met het opschalingsmodel kan worden omgegaan als er toestemming is van de cliënt dan wel van zijn vertegenwoordiger bij de toepassing van gedragsbeïnvloedende medicatie.

Gevolgen indien huidige definitie van onvrijwillige zorg blijft bestaan

Indien de definitie van onvrijwillige zorg in zijn huidige vorm blijft bestaan zal dit grote problemen gaan opleveren in de praktijk bij de uitvoerbaarheid van het opschalingsmodel. Dit wordt veroorzaakt door onderstaande drie punten (beschikbaarheid deskundigen, termijnen, administratieve lasten). Invoering van de huidige definitie van onvrijwillige zorg is dan ook wat ons betreft disproportioneel.

Beschikbaarheid deskundigen

De mate waarin deskundigen bij de zorgplanbespreking betrokken moeten worden zal een grote aanslag doen op de nu al beperkte tijd die beschikbaar is voor multi-disciplinaire overleggen (mdo) van AVG's, orthopedagogen, psychologen en andere benodigde deskundigen. Wij voorzien daarom bij handhaving van de huidige wettekst (dus met de - te - ruime definitie van onvrijwillige zorg), vanwege een tekort aan tijd cq tekort aan deskundigen, dat het praktisch niet te realiseren is om alle nu genoemde verplichtte mdo's (bij de start van de onvrijwillige zorg, na 3 maanden, nog een keer na 3 maanden, extern advies 3 maanden en telkens na 6 maanden; evaluatie zorgplan: na 4 weken en na een half jaar) te realiseren.

Termijnen

De termijnen die worden gesteld, onvrijwillige zorg mag maximaal drie maanden worden toegepast waarna een mdo hoort plaats te vinden en daarna een termijn van nog een keer drie maanden, worden als te kort ervaren (het duurt in het algemeen enige tijd voordat men goed kan beoordelen of een bepaalde behandeling, zijnde van medische aard (bv. medicatie) of anderszins, of een bepaalde aanpak effect sorteert.

Om het werkbaar te maken zouden op zijn minst die termijnen moeten worden verruimd, indien alle vormen van onvrijwillige zorg onder het opschalend model zullen gaan vallen (dus ook die waarvoor toestemming is gegeven).

Administratieve last

De verplichte registratieverplichting zal tot een grote administratieve lastenverzwaring gaan leiden omdat vanwege de brede definitie van onvrijwillige zorg, alle vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen eronder vallen. Daar komt bij dat door frequenter overleg met meer en verschillende personen en een uitgebreidere verslaglegging de administratieve last ook zal toenemen.

Voorstel wijziging van de definitie van onvrijwillige zorg

Indien de definitie van onvrijwillige zorg zal worden aangepast dan spelen bovenstaande punten (beschikbaarheid deskundigen, termijnen, administratieve lasten) nog steeds een rol, maar dan achten wij het opschalingsmodel wel uitvoerbaar en nog in verhouding staan tot het doel.

Voorstel: Ons voorstel is om de definitie van onvrijwillige zorg te veranderen in: alle zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt of waartegen hij/zij zich verzet. Uitzondering op de definitie: Er is ook sprake van onvrijwillige zorg als de cliënt dan wel zijn vertegenwoordiger toestemming geeft voor of zich niet verzet tegen bij in een AMvB bepaalde beperkingen in zijn bewegingsvrijheid. Hier kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de huidige M&M maatregelen van artikel 38 en 39 van de Wet Bopz en de huidige beperkingen uit artikel 40 Wet Bopz.

Dit betekent in wetstechnische termen:

- Artikel 2.1 blijft ongewijzigd
- Artikel 2.2 dient in zijn geheel te worden vervangen door: "met onvrijwillige zorg, bedoeld in het eerste lid, wordt gelijkgesteld: een in AMvB benoemde maatregel die tot gevolg heeft dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich niet verzet".

Bevoegdheden om de veiligheid te bevorderen

Artikel 36 derde lid Wet Bopz, geeft zorgaanbieders enkele bevoegdheden op basis waarvan zij de veiligheid in accommodaties kunnen bevorderen.

Het betreft de bevoegdheid om een cliënt 'aan zijn kleding of aan het lichaam' te onderzoeken en de bevoegdheid om voorwerpen in beslag te nemen 'die een gevaar kunnen opleveren voor zijn veiligheid of voor de goede gang van zaken'. Wij menen dat een dergelijke bevoegdheid een wettelijke basis nodig heeft om inbreuk op grondrechten te kunnen maken.

Wij missen een dergelijke bepaling in het Wetsvoorstel Zorg en dwang en verzoeken u een dergelijke bepaling ook in dit wetsvoorstel op te nemen, om (indien de situatie zich voordoet) de veiligheid in instellingen voor cliënten en medewerkers hiermee te kunnen bewaken.

Tot slot

Zoals hierboven al gezegd, is ook in onze ogen onvrijwillige zorg alleen mogelijk indien er geen alternatieven meer zijn, het middel subsidiair, proportioneel en effectief is om het ernstige nadeel dat dreigt of ontstaat af te wenden.

Het dient absoluut een 'ultimum remedium' te zijn. Wij hopen dat u ons pleidooi onderschrijft om de definitie van 'onvrijwillige zorg' aan te passen opdat ook de hulpverleners op de werkvloer de wet straks na invoering, goed kunnen toepassen. Uiteraard zijn wij bereid deze brief nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,
mede namens Mevr. M. (Marian) de Jeu (voorzitter NVAVG)
de heer X. (Xavier) Moonen (voorzitter NVO)
de heer H. (Hans) van Eck (directeur NIP)



J. (Hans) Schirmbeck
Directeur

In kopie aan:

Dhr. drs. M.J. van Rijn, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport